Le magazine
de La Renaissance Sanitaire

Regards

N°15 NOVEMBRE 2013



Toute notre actualité sur :
www.larenaissancesanitaire.fr

Actualités

Enjeux

Compétences

Initiatives

Hôpital La Musse
Samsah
Institut de formation en ergothérapie
Hôpital Villiers Saint Denis
Accueil de jour Alzheimer
Centre d'appareillage

La Renaissance Sanitaire

Fondation hospitalière reconnue d'utilité publique par décret du 8 juillet 1928

La direction de La Renaissance Sanitaire

La fondation La Renaissance Sanitaire est administrée par un conseil d'administration composé de douze membres, dont un membre représentant le ministre de l'Intérieur.
Ses établissements sont dirigés chacun par un directeur assisté d'une conférence médicale d'établissement (CME) pour les hôpitaux.

Le conseil d'administration



Président
Didier GABORIAUD
Président de la FMP Mutualité francilienne



Vice-président
René VANDAMME
Désigné par la FMP Mutualité francilienne



Secrétaire
Marie-France CARABIN
Désignée par la FMP Mutualité francilienne



Trésorier
Paul DEVROEDT
Administrateur de la FMP Mutualité francilienne

Administrateurs

Pr Gérard DUBOIS, professeur de santé publique, président de la commission Addiction de l'Académie de médecine
René DURAND, administrateur du comité départemental de Seine-Saint-Denis de l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) et de l'association Vivre autrement
Jacques FUCHS, président de la mutuelle Geodis-Calberson
Jean-Claude MAIRET, désigné par la FMP Mutualité francilienne
Jean-Michel MEHNERT, préfet honoraire, représentant le ministre de l'Intérieur
Didier POITEVINEAU, désigné par la FMP Mutualité francilienne
Bernard VIALLATOUX, vice-président de la FMP Mutualité francilienne
Jean-Louis VINCENT, directeur des ressources humaines, Geodis-Calberson

Établissements de Villiers Saint Denis (02)



Directeur
Benoît FRASLIN



Président de la CME
Dr Jean-François BOUTELEUX

Établissements de La Musse (27)



Directeur
Catherine PALLADITCHEFF



Président de la CME
Dr Victor LIVIOT



La Renaissance Sanitaire adhère à EcoFolio pour le recyclage des papiers www.ecofolio.fr



Imprimé sur un papier FSC www.fsc.org

Directeur de publication : Didier Gaboriaud ■ Rédacteurs en chef : Marie-France Carabin, René Vandamme, Catherine Toublanc ■ Photos : Denis Châtelain, Dominique Guibourg
■ Conception maquette : Héral ■ Imprimerie de Champagne ■ Dépôt légal 4e trimestre 2013.



Il sera beaucoup question, dans ce quinzième numéro de *Regards*, de formation. Et c'est toujours une bonne chose, celle-ci devenant plus précieuse en période de crise alors que l'investissement dans ce secteur a parfois tendance à baisser.

Ainsi, le magazine de La Renaissance Sanitaire ne pouvait débuter autrement que par l'article consacré à la nouvelle activité de la Fondation : la formation universitaire de personnels soignants et, plus précisément, celle de 42 étudiants futurs ergothérapeutes qui ont intégré, en septembre dernier, le nouvel institut de formation créé sur le site de La Musse. Le conseil d'administration de la Fondation et les équipes de direction des établissements souhaitent proposer, avec le soutien des conseils régionaux et la mobilisation de l'ensemble du personnel, d'autres enseignements, dès la rentrée 2014, ouverts notamment à de futurs masseurs-kinésithérapeutes.

Il sera aussi question de formation au travers des postes d'internat en médecine proposés par les hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis, mais aussi des emplois d'avenir, des journées thématiques scientifiques organisées par les deux établissements de santé ou encore de la médicalisation des systèmes d'information. La formation est également primordiale pour les aidants de malades Alzheimer qui disposent, depuis le 1er septembre 2013, d'une plateforme d'accompagnement et de répit adossée à l'accueil de jour Alzheimer Villiers Saint Denis. Elle a par ailleurs permis aux équipes du service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés La Musse de mettre en place l'approche systémique auprès des patients traumatisés crâniens et de leurs familles.

Pédagogie, instruction et éducation sont nécessaires pour proposer, le plus rationnellement et le plus qualitativement possible, de nouvelles prises en charge aux usagers et résidents.

Elles seront indispensables pour mettre en œuvre la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et son lot de « réformes », envisager l'avenir dans un contexte budgétaire toujours plus contraint, mais aussi continuer à innover pour l'intérêt collectif.

Didier Gaboriaud
Président de La Renaissance Sanitaire

Ergothérapie
Un institut de formation

Souhaité depuis plusieurs années par la direction de l'établissement de La Renaissance Sanitaire et le conseil d'administration, l'institut de formation en ergothérapie La Musse (IfeLM) a ouvert ses portes début septembre : quarante-deux futurs ergothérapeutes y suivront leurs trois années d'études et de préparation au diplôme d'État.



Les formations sanitaires et sociales sous la responsabilité du conseil régional depuis 2004

La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a décentralisé au profit des régions un des rares pans de la formation professionnelle restée jusqu'ici sous la responsabilité de l'État : les formations sanitaires et sociales.

Le conseil régional de Haute-Normandie engage près de 450 millions d'euros chaque année pour la formation professionnelle, l'apprentissage et l'enseignement, c'est-à-dire plus de la moitié des dépenses de la collectivité.

Il soutient financièrement l'institut de formation en ergothérapie La Musse.

« *Nous nous sommes battus pour ouvrir cette école en Haute-Normandie*, a déclaré Catherine Palladitcheff, directeur des établissements de La Musse lors de la petite cérémonie d'accueil organisée dans des salles spécialement aménagées au rez-de-chaussée du pavillon abritant l'administration. *Cette année, vous serez accueillis dans des locaux provisoires, mais bientôt, une école nouvelle sortira de terre pour vous recevoir, dès l'année prochaine, vous et vos collègues étudiants en kinésithérapie.* » En cette rentrée de septembre, Catherine Palladitcheff était entourée d'Yves Prudent,

Les premiers élèves de l'IfeLM encadrés par Arnaud Schabaille, Aurore Dubois (à gauche) et Yves Prudent (à doite).

à La Musse



Les futurs locaux dédiés aux instituts imaginés par l'Atelier Pac.

directeur de l'IfeLM et cadre de santé ergothérapeute, d'Arnaud Schabaille, cadre de santé et responsable pédagogique, et d'Aurore Dubois, assistante.

Pratique et théorie

Les quarante-deux premiers étudiants ergothérapeutes ont donc pris leurs marques début septembre au sein de l'institut de formation en ergothérapie (IFE), premier institut de ce type à voir le jour dans la région Haute-Normandie. Ils aideront à combler le déficit chronique en professionnels de santé dans la région. Les trente-six étudiantes et six étudiants bénéficieront, dès les premières semaines, d'un enseignement à la fois théorique et pratique. Un premier stage d'un mois est prévu en février, préférentiellement dans l'une des structures sanitaires et médico-sociales de la région.

Profil des candidats

Les élèves viennent en majorité de la région Haute-Normandie (13), puis de l'Île-de-France (5), du Centre (4), de Bretagne (4) et des Pays de Loire (4). La plupart sont issus du concours organisé en avril dernier, sur lequel avaient planché 219 candidats. Sept d'entre eux ont été sélectionnés à partir de filières voisines, sur dérogation (licence première année, sciences et techniques des activités physiques et sportives [Staps], science de la vie et de la terre [SVT], première année commune aux études de santé [Paces] ou licence troisième année). Les étudiants devront s'acquitter de 2 500 euros de frais de scolarité par an, la part majoritaire restante étant assurée par une dotation/subvention du conseil régional.

Grade licence

Arnaud Schabaille a été chargé d'établir la programmation et de veiller à la coordination des enseignements de cette première année. Il a expliqué les changements survenus depuis 2010 dans l'organisation de ces trois années d'études : « *Le programme fonctionne désormais sur le modèle universitaire, en semestres. Pour rester dans les grandes lignes, les étudiants entrent, dès la première année, dans le vif du sujet de la pathologie et des techniques d'interventions en ergothérapie. Durant sa formation, l'étudiant devra valider soixante "crédits européens", et ce chaque année. Ce qui lui permet, en fin de parcours de formation, d'accéder au grade de licence (qui nous a été confirmé par le président de l'université de Rouen), conjointement à l'obtention de son diplôme d'État d'ergothérapeute.* » Les enseignements sont dispensés par une cinquantaine de professionnels issus du personnel de l'hôpital La Musse (médecins, psychologues, informaticiens...) ou des enseignants vacataires (professeurs d'anglais, de sociologie, d'expression corporelle).

Et l'institut de formation en kinésithérapie ?

Cette année, l'IFE assure la formation de l'ensemble du quota régional des étudiants en ergothérapie (20 à l'IFE La Musse, 15 à l'institut de formation en ergothérapie de Rouen). L'année prochaine, l'hôpital La Musse accueillera une vingtaine de nouveaux étudiants en ergothérapie et ouvrira son deuxième institut, destiné, lui, à former des masseurs kinésithérapeutes. Les étudiants devraient pouvoir être accueillis dans une structure toute neuve, dont la construction débutera en cette fin d'année. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Contact

Institut de formation en ergothérapie La Musse (Ifelm)
Hôpital La Musse - BP 119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 30 10 - E-mail : secretariat.ifelm@hlrs-lamusse.net

Plateforme d'accompagnement et de
Mutualiser les compétences au bénéfice des aidants Al

L'agence régionale de santé de Picardie a retenu le projet de création d'une plateforme d'accompagnement et de répit des aidants. Adossée à l'accueil de jour Alzheimer de Villiers Saint Denis, cette structure, ouverte en septembre 2013, est une première en région picarde.

Initiées dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, les plateformes d'accompagnement et de répit ont été conçues afin de permettre aux aidants de proximité (le plus souvent familiaux: conjoints ou enfants dans la majorité des cas) des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de disposer de relais professionnels, permettant ainsi de les soulager dans leur accompagnement quotidien.

Portée par l'accueil de jour (et de nuit) de Villiers Saint Denis, cette nouvelle structure permet d'organiser sur le territoire Sud-Aisne une «*offre coordonnée de répit et d'accompagnement aux aidants*» et de fédérer un réseau d'intervenants susceptibles de mettre en place des actions complémentaires ciblées autour de quatre axes prioritaires:

- offrir des prestations de répit;
- informer et accompagner;
- maintenir la vie sociale et relationnelle du couple aidant/aidé;
- améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades.

Dans ce cadre, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) précise, dans son étude parue en mars 2011 consacrée à l'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aidé, de l'aidant et au lien aidant/aidé, que les professionnels des structures de répit et d'accompagnement doivent proposer un accompagnement pluridisciplinaire visant des objectifs diversifiés:

- veiller à la santé de l'aidé et de l'aidant;
- favoriser l'autonomie de la personne accueillie en lui proposant un accompagnement visant à la réhabilitation de certaines fonctions, ainsi que des soins relationnels visant à valoriser la personne en privilégiant le plaisir de faire;
- proposer un soutien psychologique pour l'aidant et l'aidé afin de prendre en compte l'éventuelle souffrance psychique liée au vécu de la maladie;
- aménager l'environnement physique afin de promouvoir l'autonomie et le bien-être de la personne;
- soutenir le lien social sous ses différentes formes, tant pour l'aidé que pour l'aidant, et accompagner la relation aidant/aidé, afin de prévenir l'isolement social;

Le concept de répit

L'impact de la maladie d'Alzheimer sur les proches, et en particulier la famille des personnes malades, est une caractéristique essentielle de cette affection et a été à l'origine du développement du concept de «répit» pour les aidants. En effet, si la relation d'aide peut être source de satisfaction et de gratification, elle a aussi bien souvent comme conséquence la détérioration de l'état de santé et de la qualité de vie des proches de la personne malade.

L'un des axes forts du plan national Alzheimer 2008-2012 était d'apporter un soutien accru aux aidants familiaux. Dans cette perspective, la mesure n°1 b du plan a pour objectif d'offrir «sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures».

Elizabeth Clobourste, assistante sociale, coordinatrice de la plateforme.



répit

zheimer

- favoriser l'accessibilité des différents services.

Ainsi, l'accompagnement individualisé pluridisciplinaire (médecin gériatre, psychologue, ergothérapeute, assistante de service social, secrétaire…), tel que promu par la mesure 6 du plan Alzheimer dédiée au renforcement du soutien à domicile, s'organise à partir d'un numéro d'appel unique, à destination des aidants : **© 03 23 70 53 30**. Une assistante sociale assure l'accueil téléphonique et, après évaluation de la demande, oriente l'aidant vers le professionnel et/ou partenaire, compétent et met en place le suivi individuel adapté.

Forte de ces partenariats actuels (formalisés ou non à travers des conventions) avec les acteurs locaux œuvrant dans l'accompagnement et la prise en charge des malades Alzheimer (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], service de soins infirmiers à domicile [Ssiad], service d'aide à domicile [SAD], centre local d'information et de coordination [Clic], Association France Alzheimer, équipe spécialisée Alzheimer [ESA], maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer [Maia]…), la plateforme d'accompagnement et de répit de l'accueil de jour Alzheimer Villiers Saint Denis s'oriente vers une mise en action des dispositifs existants et une coordination de l'ensemble des acteurs pluriprofessionnels. ■

Patricia Jamin-Luczinski
Christelle Jobert
Dr Guy Schneider
Accueil de jour Alzheimer Villiers Saint Denis

Bientôt des recommandations sur la prise en charge de l'apathie

La Haute Autorité de santé (HAS) prépare pour 2014 des recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de l'apathie chez les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

L'apathie est un déficit de motivation alors que la motricité volontaire reste généralement bien conservée, avec un tonus et une activité spontanée apparemment normaux. De 50 % à 70 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer peuvent être concernés par ce syndrome. Un manque de stimulations de l'environnement, des déficits auditifs et visuels, des médicaments peuvent aggraver la perte de motivation. Comme pour beaucoup de syndromes « silencieux », « non perturbateurs », il existe un risque que l'apathie ne soit pas repérée et s'aggrave, ce qui constitue un facteur précipitant d'institutionnalisation et un fardeau supplémentaire pour les aidants.

L'élaboration de ces recommandations de bonne pratique entre dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, en complément des recommandations sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs publiées par la HAS en 2009.

Elles visent à mieux prendre en charge l'apathie chez les patients diagnostiqués avec une maladie d'Alzheimer ou une démence apparentée, « patients trop souvent "délaissés" car ce trouble du comportement est considéré comme non gênant ».

Les recommandations sont destinées à être appliquées quel que soit le lieu où se trouve le patient – domicile, hôpital, Ehpad –, avec des différenciations selon les utilisateurs cibles, professionnels de santé ou aidants familiaux.

Plus d'informations : **www.has-sante.fr**

Une palette d'interventions multiples et diversifiées auprès du couple aidant/aidé

• L'accueil de jour (et de nuit), structure de proximité

L'atelier mémoire thérapeutique, en journée, permet :
- l'appréhension de l'évolution du déficit cognitif du résident accueilli et de sa sévérité, ainsi que l'appréhension des troubles ;
- le maintien des capacités fonctionnelles existantes pour les actes essentiels ;
- une prise en charge psychothérapique ;
- la stimulation des fonctions cognitives du résident au travers des activités de la vie quotidienne ;
- le maintien le plus longtemps possible des capacités physiques et intellectuelles du résident ;
- le rétablissement de la socialisation du résident et la lutte contre la dépendance.

L'accueil de nuit permet un répit pour les aidants et l'entourage épuisés.

• Les consultations mémoires

L'aidant du malade qui réside à son domicile peut bénéficier, dans le cadre des consultations mémoires, d'un bilan de prévention des pathologies ciblées et d'informations-formations relatives à la prévention du risque de maltraitance.

• Les partenaires

L'aidant du malade qui réside à son domicile peut bénéficier de diverses aides auprès, notamment, des SAD, Ssiad, professionnels de santé libéraux, Clic, Maia et ESA.

• Les séjours temporaires : en Ehpad ou en unités cognitivo-comportementales (lire article p. 16).

• Les actions culturelles et de loisirs

Elles sont proposées par l'accueil de jour Alzheimer Villiers Saint Denis (« pause-café des aidants », participation à la journée mondiale Alzheimer, journées de visites de musées, jardins, vignobles…) et le maillage associatif local (activités de maintien de la vie sociale, sorties culturelles lors d'une journée ou d'un week-end…).

• Les actions de formation et d'information

Les aidants de malades Alzheimer pourront participer à :
- des réunions thématiques mensuelles organisées par le Clic, l'accueil de jour Alzheimer Villiers Saint Denis ou l'association France Alzheimer ;
- des journées d'information (par exemple sur la dénutrition par le réseau Geode…), à raison d'une réunion par trimestre, sur une demi-journée, lors desquelles interviendront différents professionnels de santé (ergothérapeute, médecin gériatre, psychologue, assistante sociale…) ;
- des groupes de parole animés par une psychologue clinicienne.

Les professionnels partenaires intervenant autour de la prise en charge du malade Alzheimer bénéficieront eux-mêmes de formations sur des thématiques identifiées et répondant à leurs attentes (une journée par trimestre avec des intervenants différents selon la thématique abordée : ergothérapeute, médecin gériatre, psychologue et assistante sociale).

Rencontre-débats
Avec Jean Leonetti

Soins palliatifs, fin de vie et dépendance, tels ont été les thèmes de discussions abordés lors de la récente venue du Dr Jean Leonetti à l'hôpital Villiers Saint Denis.

Prendre le temps de la réflexion

Il est rare qu'un parlementaire, en dehors de l'enceinte des institutions nationales, des cercles d'élus locaux et de sa circonscription d'élection, prenne justement le temps de mesurer l'impact (ou l'absence de celui-ci) d'une loi. C'est pourtant l'exercice auquel se plie volontiers le Dr Jean Leonetti, rapporteur à l'Assemblée nationale, en son temps, de la loi éponyme. Député des Alpes-Maritimes, maire d'Antibes, ancien ministre, ancien président de la Fédération hospitalière de France, c'est pourtant au contact des professionnels de l'hôpital Villiers Saint Denis qu'il est venu le 12 novembre dernier.
Il a visité deux unités d'hospitalisation de l'établissement (soins palliatifs et unité cognitivo-comportementale) et échangé longuement avec près de 80 professionnels de l'établissement.

Pas de certitude(s)

Le Dr Jean Leonetti a rappelé que les professionnels de santé sont d'abord là pour soigner, mais également pour soulager et accompagner les patients. Il est souvent utile de réaffirmer ce qui devrait constituer une lapalissade. Pourtant, ces éléments simples méritent d'être répétés entre soignants, mais également à destination de tout un chacun.
« *Ce que veut le malade est une conjonction de sentiments, de situations qui fluctuent dans le temps.* » Face à la mort, concrètement, les pensées évoluent. Elles sont, en définitive, rarement tranchées et stables. Aussi, les « conduites à tenir » ne servent en réalité que pour l'urgence. « Pour le reste », nous sommes dans le questionnement et devons nous interroger.

Les soignants sont des médiateurs

D'une simple phrase, le Dr Jean Leonetti résume la place des soignants : « *Médiateurs dans un espace où la vie et la mort combattent.* » Même si cela est parfois complexe, il faut créer les conditions pour que le malade lui-même décide.
Ces questions constituent le quotidien de nombre de soignants. L'organisation d'une unité de soins palliatifs comme celle de l'hôpital Villiers Saint Denis permet d'assurer ces temps de réflexion, ces périodes d'accompagnement et de se réinterroger de manière permanente. ■

Benoît Fraslin
Hôpital Villiers Saint Denis

Le Dr Jean Leonetti, lors de sa visite, accompagné du Dr Roger N'Gomo, médecin référent de l'unité de soins palliatifs, et de Benoît Fraslin, directeur des établissements de Villiers Saint Denis.



Médicalisation des systèmes d'information

Aborder rationnellement la révolution du Csarr

La mise en place du nouveau catalogue spécifique des actes de rééducation réadaptation (Csarr) – outil destiné à recueillir des données médicales servant à décrire l'activité hospitalière –, qui remplace le catalogue des actes de rééducation réadaptation (Cdarr), n'est pas une mince affaire pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR). Est relatée ici l'expérience de 841 lits et places de SSR « pure player ».

La parution du Csarr en juillet 2012 a tout d'abord suscité émoi et révolution dans les esprits : découverte de l'acte global et de 532 nouveaux codes contre 217 pour le Cdarr. Treize professions sont représentées en rééducation-réadaptation et 487 personnes sont ainsi concernées.

Expérimentation 2011

Trois services pilotes des hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis (qui contribuent à l'étude nationale des coûts à méthodologie commune - ENCC SSR) ont participé à l'expérimentation 2011.

Le responsable du département d'information médicale (DIM) a pris en charge la saisie sur l'écran « ex-soviétique » pour soulager les équipes de chaque établissement, ce qui a nécessité 350 heures de travail, soit le tiers du temps total consacré au test.

La période estivale n'a pas été non plus la plus favorable.

Plus de cent questions ont été transmises à l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih).

Passage en grandeur réelle

Former 487 professionnels de 13 spécialités sur deux sites nécessite calme, organisation et méthode ; être formateur national a été un « plus » appréciable. Plus de 250 heures de rencontres interactives ont permis le passage à la vraie grandeur dans de bonnes conditions. L'appropriation efficace du Csarr repose sur l'information, la dédramatisation et l'apprentissage.

Festina lente (mais pas trop !)

L'exégèse du nouveau catalogue a donné lieu à des séances « scolaires » de lecture avec précisions ciblées, d'échanges de vues parfois ardus, l'acte global et surtout son contenu pouvant inquiéter. Le consensus s'est assez rapidement dégagé pour décider la mise en œuvre du « tout Csarr » le 31 décembre 2012, date du nouvel an PMSI [1], programme médical sans double saisie.

En pratique

Le DIM ayant formé les techniciens d'information médicale (TIM), puis des référents, la transmission s'est faite naturellement et sans heurts (mais ce n'est pas non plus idyllique !).

Des exercices pratiques de codage, de saisie informatique sur les nouveaux masques ont été organisés.

L'automne 2012 a donné lieu à l'amélioration du « canevas » mis en place et à la préparation des esprits à l'évolution du catalogue dans le temps.

Les questions en suspens sont colligées et sont transmises sur Agora.

La mise en place du Csarr est consensuelle et sereine, avec le soutien permanent du DIM.

Les professionnels ont bien eu conscience qu'il s'agissait initialement de la version 0. La version 1 est parue en janvier 2013 et a déjà fait l'objet de corrections.

La saisie « tout Csarr » est effective en 2013, sans double saisie Cdarr.

La collection des questions se poursuit et la transmission se fait sur Agora et sur le site de maintenance du Csarr.

Le nec plus ultra

Un travail original a été réalisé par le DIM : fournir, en un seul et même volume, à chaque catégorie socioprofessionnelle, son thésaurus spécifique associé à son décret de compétences (importance extrême).

Chacun ne doit faire que ce qu'il a le droit de faire.

Nonobstant, le manque allégué de temps et/ou de personnel, l'organisation doit pallier les manques éventuels.

Conclusions

La mise en œuvre du Csarr constitue une révolution dans les esprits avec la notion d'acte global.

Les intervenants sont satisfaits de la précision apportée dans le codage, mais déplorent encore certains manques, qui seront corrigés dans l'avenir.

Les deux établissements de santé, représentant toutes les spécialités SSR prises en charge par 13 catégories socioprofessionnelles, sur 841 lits et places SSR purs, codent en « tout Csarr » depuis 2013, sans double saisie Cdarr.

« *Si on regarde le zéro, on ne voit rien, mais si on regarde au travers, on voit le monde* », disait Averroès.

La version du Csarr n'était que la version 0, elle a déjà été améliorée. ■

Nathalie Brême
Jérôme Talmud
Nadine Vuillemin
La Renaissance Sanitaire,
Hôpitaux La Musse et Villiers Saint Denis

(1) Programme médicalisé des systèmes d'information

Formation
Bienvenue aux inter

En 2011, la directrice de l'hôpital La Musse a obtenu l'agrément des services de médecine physique et de réadaptation (MPR) ainsi que de médecine vasculaire comme terrain de stage pour les jeunes médecins en cours de spécialisation à la faculté de médecine de Rouen.

Pour le Dr Victor Liviot, médecin chef du pôle de rééducation fonctionnelle, « *nous avons cette chance, avec quelques autres disciplines artistiques comme la musique classique, de pouvoir endosser un rôle intéressant et même émouvant de passeurs. Nous prenons position dans la chaîne continue du savoir, toutes proportions gardées. Ce que nos maîtres nous ont appris, nous pouvons le transmettre à notre tour et laisser quelque chose. La médecine n'est pas qu'un corpus de connaissances. C'est aussi un mode opératoire et de réflexion. Et en particulier notre discipline, la médecine physique et de réadaptation. Nous avons une façon bien spécifique d'aborder la prise en charge, une façon d'organiser et d'utiliser nos connaissances, d'interagir avec notre patient. Ça m'a paru intéressant de pouvoir expliquer notre façon de travailler, de montrer la part des enseignements de nos maîtres et celle de notre expérience, nos astuces, nos habitudes... pour créer sa propre médecine de rééducation. Transmettre la façon d'organiser son savoir, le "mode d'emploi", c'est passionnant. Bien plus intéressant qu'un cours magistral. Je dis toujours que la médecine de rééducation, c'est 90 % de bon sens. Même si les 10 % qui restent sont indispensables* ».

Quelques chiffres

- 7 820 postes d'internes en médecine ouverts à l'issue des épreuves nationales classantes pour la rentrée 2013-2014, soit un nombre en augmentation de 4,2%.
- 83 postes supplémentaires ouverts pour les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public.
- 8 107, c'est le nombre de postes dont l'ouverture est prévue pour la rentrée 2017-2018, certaines spécialités connaissant une progression significative : médecine générale, cardiologie, médecine interne, oncologie…

Les villes de faculté bénéficiant de la plus forte progression du nombre de postes d'internes se situent dans les interrégions « Île-de-France » et « Nord-Est » (dont Reims), dans une moindre proportion au sein de l'interrégion « Nord-Ouest » (dont Amiens et Rouen).

Du côté des internes

« *On nous laisse le temps d'apprendre notre métier en nous déchargeant des tâches administratives. On peut relire nos cours et continuer à se former,* expliquent Guillaume Paris et Thomas Nguyen qui ont, comme leurs collègues suivants, passé six mois dans les murs de l'hôpital La Musse. *La médecine physique et de réadaptation est une médecine de fonction, transversale, qui demande du temps d'examen et qui nécessite un travail pluridisciplinaire. On dispose aujourd'hui des moyens d'agir. Nous pouvons effectuer des gestes cliniques intéressants.* »

L'ouverture de l'hôpital vers l'accueil des jeunes spécialistes en formation, a, par ailleurs, permis à l'établissement de recruter Cécile Dervin en mai dernier. À l'issue de son stage à l'hôpital La Musse (en appareillage et lombalgie chronique), la jeune femme a, en effet, postulé sur le poste laissé libre par le départ du Dr Eric Bianchi. Son mémoire de fin de stage a porté sur le sujet suivant : « Conduire après un traumatisme crânien : intérêt d'un test sur simulateur dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile de patients traumatisés crâniens modérés et sévères ». Plus récemment, Alexandra Menet a effectué son internat en médecine de rééducation, au sein des deux unités de neurologie du Dr Hafid Boubkry :

nes en médecine

« J'apprécie beaucoup l'accueil des équipes et la bonne communication entre les différents acteurs de soins permettant un travail multidisciplinaire de qualité. Ici, en dehors du travail que requièrent les unités dont j'ai la charge, j'ai pu diversifier mes activités en assistant aux consultations de différents praticiens au sein du pôle MPR. »

Un échange...

« L'accueil des internes permet également des échanges avec la jeune génération et nous aide à éviter de nous scléroser, poursuit le Dr Victor Liviot. *Ça va dans les deux sens. Les jeunes internes sont dynamiques. Ils nous apportent des choses, comme les "applications médicales" sur leur téléphone portable nouvelle génération ! On ne travaille plus aujourd'hui de la même façon. Par ailleurs, j'ai remarqué que les jeunes médecins sont plus sensibles que nous aux statistiques. Cela vient en partie de leur enseignement qui prône la stratégie de la preuve. Nous, on relativise. On a plus de recul. On se laisse moins influencer par les modes, ni même par les statistiques. Les modes changent et les statistiques peuvent, à la toute fin, se révéler caduques. Avant toute chose, il faut savoir rester humble et s'intéresser davantage au malade qu'à sa maladie. »*

Début novembre, deux nouveaux internes, Amélie Bremare et Romain Tessier, ont pris leurs marques au sein du pôle MPR pour six mois. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Après son stage, Cécile Dervin exerce comme médecin rééducateur au pôle MPR.

L'hôpital Villiers Saint Denis agréé pour former des internes

L'hôpital Villiers Saint Denis a obtenu l'agrément pour former des internes de spécialité en gériatrie. Il renouvellera des demandes d'agrément pour les pôles d'hospitalisation de médecine physique et réadaptation et vasculaire/diabétologie/appareillage.

DMP
Une coordination des

La mise en place du dossier médical personnel (DMP) permet, pour le patient comme pour les professionnels de santé, une traçabilité de la prise en charge et une coordination des soins plus aisée. Les avantages du DMP…

GCS e-Santé Picardie

Créé en 2008, le groupement de coopération sanitaire (GCS) e-Santé Picardie constitue la maîtrise d'ouvrage en e-santé dont l'objectif est de favoriser le développement des systèmes d'information dans le domaine de la santé et du secteur médico-social en région Picardie.

Il a vocation à contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient dans un souci d'efficience du système de santé en région Picardie, au moyen d'une politique de modernisation des systèmes d'information conforme à la politique régionale de santé définie par l'ARS de Picardie.

Les membres du GCS e-Santé Picardie :
- établissements de santé ;
- structures de coopération interhospitalières et/ou sanitaires et/ou sociales et médico-sociales ;
- unions régionales des professionnels de santé de Picardie ;
- médecins libéraux et sociétés de médecins ;
- professionnels de santé libéraux non médicaux autorisés par l'ARS ;
- réseaux de santé et autres associations pluriprofessionnelles ;
- associations gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux ;
- établissements et services médico-sociaux ;
- collectivités territoriales compétentes en matière de santé et/ou leurs établissements publics.

Plus d'informations
www.esante-picardie.com
communication@esante-picardie.com
Tél. : 03 22 80 31 60

Challenge DMP

L'hôpital Villiers Saint Denis a terminé à la troisième place, pour le département de l'Aisne, des prix du challenge DMP organisé par le GCS e-Santé Picardie fin 2012. Ce challenge s'adressait à tous les établissements sanitaires de Picardie en capacité de créer et d'alimenter le DMP. Le palmarès a été établi sur le pourcentage de DMP créés par rapport au nombre moyen d'entrées.

Le dossier médical personnel (DMP) est un dossier médical informatisé, sécurisé et accessible sur Internet sous contrôle du patient. Il n'est pas obligatoire et est créé avec le consentement du patient. C'est un service public, national, entièrement gratuit pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie (possédant un numéro d'inscription au répertoire [NIR] sur la carte Vitale). Consultable partout depuis le site www.dmp.gouv.fr, une simple connexion Internet suffit pour le patient. Sa consultation par Internet est ultra-sécurisée : un identifiant, un mot de passe et un mot de passe jetable de six chiffres utilisable une fois sont envoyés par SMS ou par courriel à l'assuré.

La coordination des soins est rendue plus aisée par les échanges informatiques entre les différents intervenants d'une prise en charge devenue, au fil du temps – en raison de l'évolution des techniques de soins et des pathologies –, de plus en plus pluridisciplinaire. Les informations sont consultables pour tous les médecins, les hôpitaux et le patient; c'est plus rapide que par voie postale et cela évite aussi au patient de tout réexpliquer à chaque consultation.

Le patient a tous les droits sur son DMP : affichage des documents, autorisations de consultations ou alimentation par les professionnels de santé, masquage des documents à certains professionnels. Il dispose d'un espace personnel où il peut mettre des documents (volonté, dons d'organes, carte de groupe sanguin, allergies…).

En cas de risque immédiat pour sa santé (patient inconscient dans la rue…), la prise en charge rapide du Samu est possible (connaissance éventuelle des allergies, pathologies, personne de confiance à prévenir).

Tout est tracé dans le DMP : le patient sait, via l'historique des accès, qui (nom, prénom) a fait quoi (action) et quand (heure/minute/seconde).

En cas de déménagement et/ou de changement de médecin, la reprise et le suivi rapide du dossier patient par le nouveau médecin sont facilités. La possibilité est donnée au patient de fermer son DMP ou de demander sa destruction. Un DMP ne peut être alimenté que s'il a été créé au préalable (d'où l'importance de créer les DMP). On peut créer un DMP sans accès patient (pour les personnes n'ayant ni mobile, ni adresse mail). Seuls les professionnels de santé auront alors accès au DMP.

Remarques importantes

Créer un DMP pour un patient consiste à recueillir son consentement oral (trois questions : création ? accès Samu ? accès à tous professionnels de santé si risque pour sa santé ?).

Un DMP peut être créé dans un établissement de santé ou auprès d'un professionnel de santé (médecin généraliste…).

Un patient peut y déclarer trois médecins traitants dits « de confiance » (pas de lien avec le médecin traitant déclaré à la CPAM).

soins renforcée

Le personnel d'établissement disposant d'une carte CPE (personnel chargé de l'accueil) peut créer des DMP et générer de nouveaux mots de passe (si perte), mais en aucun cas il ne peut consulter le DMP des patients.
Le DMP n'a aucun lien avec la CPAM (taux de remboursement…), les mutuelles et les médecins du travail.
L'identifiant national de santé (INS) est calculé à partir du NIR, du prénom et de la date de naissance (un patient = un INS unique).
Les enfants et les ayants droit du régime général de l'assurance maladie ne peuvent pas, pour l'instant, disposer d'un DMP, car ils ne disposent pas de NIR sur la carte Vitale.
L'accès au DMP d'un patient par un professionnel de santé se fait de manière individuelle à l'aide d'une carte d'identité professionnelle (carte CPS) attribuée par son ordre.
Le dossier pharmaceutique (DP) sera, à terme, une composante du DMP. En revanche, contrairement au DMP, le patient ne peut consulter son DP.

Le DMP dans les établissements de Villiers Saint Denis

L'agence régionale de santé de Picardie a favorisé la dynamique de développement du DMP. Elle a fait le choix de concentrer des moyens au sein du groupement de coopération sanitaire (GCS) eSanté Picardie. Cela conduit la Picardie à être la première région en nombre de DMP ouverts. L'hôpital Villiers Saint Denis s'est engagé dans la mise en œuvre du DMP depuis le début de l'année 2012. Il a été accompagné par le GCS eSanté Picardie, organisme chargé de la maitrise d'ouvrage en e-santé et dont l'objectif est de favoriser le développement des systèmes d'information dans les domaines du sanitaire et du médico-social pour la région Picardie.
Le personnel chargé de l'accueil des patients a été formé au processus de création des DMP. Des interventions au sein des trois staffs de pôle d'hospitalisation ont été réalisées par Sabrina Clément, chef de projet territorial au sein du GCS eSanté, afin d'informer et de sensibiliser le personnel de l'hôpital Villiers Saint Denis sur le fonctionnement et les intérêts du DMP. La conférence médicale d'établissement de l'hôpital a également bénéficié d'une séance d'information à la suite de laquelle, les médecins ont fait le choix des types de documents qui seraient envoyés dans le DMP de leurs patients. Dans un premier temps, tous les comptes-rendus d'hospitalisation et les lettres de sortie alimenteront automatiquement le DMP. Une journée de communication à destination des patients a eu lieu dans les trois pôles d'hospitalisation en juin 2012.
Enfin, en collaboration avec le GCS eSanté et le centre hospitalier de Château-Thierry, une soirée de présentation et de démonstration du DMP s'est déroulée le 20 mars 2013 aux caves Champagne Pannier à Château-Thierry. De nombreux professionnels de santé libéraux ont assisté à cette soirée et certains n'ont pas caché leur intérêt pour mettre en œuvre cet outil dans leur cabinet.
L'hôpital Villiers Saint Denis a 538 DMP, dont 200 ont été alimentés par 317 documents. Si nous voulons que cet outil soit réellement un atout pour la prise en charge du patient, il faut absolument intensifier la montée en charge. Pour cela, d'autres journées de communication seront organisées, notamment à destination des salariés de l'hôpital. Pour cela, il suffit de se munir de sa carte Vitale et de donner son consentement, « éclairé » évidemment. Très bientôt, les médecins de l'hôpital, puis l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge des patients seront dotés d'une carte CPS et d'un lecteur afin d'accéder au contenu du DMP. ■



Michel Dumenil
Hôpital Villiers Saint Denis

Appareillage
L'activité corset de l'hôpital La Musse

Les deux prothésistes de l'atelier d'appareillage du pôle de rééducation fonctionnelle de l'hôpital la Musse réalisent une centaine de corsets chaque année. Une activité en hausse sensible, grâce à la collaboration mise en place avec les centres hospitaliers d'Evreux et Bernay, mais aussi grâce à la réactivité et au savoir-faire reconnu des professionnels de l'hôpital La Musse.

Installé depuis dix ans dans l'extension du pavillon de rééducation fonctionnelle de l'hôpital La Musse, l'atelier d'appareillage, intégré depuis sa création, est agréé auprès des caisses depuis 2004. « *Au cours de ces cinq dernières années, notre activité s'est sensiblement modifiée et diversifiée,* explique Gilles Pannetier, responsable de l'atelier, qui travaille avec Vanessa Evrard depuis un peu plus d'un an. *L'amputation des membres inférieurs sur terrain vasculaire est moins fréquente, plus tardive et intervient alors souvent dans un contexte de polypathologies. En conséquence, l'appareillage prothétique tibial et fémoral est devenu plus rare.* »

Il y a cinq ans, la collaboration mise en œuvre entre le Dr Victor Liviot, chef du pôle rééducation fonctionnelle de l'hôpital La Musse, et le Dr François Pauthier, chirurgien orthopédiste, a incité le centre hospitalier d'Évreux à faire confiance à notre établissement pour l'appareillage des traumatismes du rachis. Grâce à la proximité et la réactivité de l'hôpital La Musse, l'activité monte en charge, s'étendant aux services de rhumatologie, de médecine interne ou d'oncologie. « *Le centre hospitalier de Bernay et les médecins de ville nous ont alors aussi sollicités,* poursuit Gilles Pannetier. *Suivant l'urgence de la pathologie, nous pouvons réaliser le corset dans les 48 heures. C'est un plus pour le patient et le prescripteur.* » Les indications ont beaucoup évolué ces dernières années, s'étendant des tassements vertébraux ostéoporotiques ou métastatiques aux scolioses de l'adolescent du sujet âgé, voire aux camptocormies et déformations d'origine neurologique. Parallèlement, au travers de ses consultations à l'Association des paralysés de France (APF) d'Évreux, le Dr Liviot est régulièrement prescripteur d'orthèses au profit d'enfants infirmes moteur cérébraux. Là encore, la proximité et la réactivité de l'hôpital La Musse ont été un atout décisif pour appareiller ces jeunes patients. Un espace d'essayage coloré et ludique a été spécialement aménagé pour eux.

Corset ou minerves...

Sur la centaine d'appareils réalisés en externat au cours des six premiers

Camptocormie

Anomalie caractérisée par des différences de maintien du tronc pouvant aboutir à un véritable effondrement vers l'avant, en rapport avec une insuffisance des muscles spinaux (muscles s'étirant depuis le haut de la nuque jusqu'au bas du dos). Les premières manifestations surviennent en fin d'après-midi, lors de la marche, et sont majorées par la fatigue. Mais, progressivement, ces difficultés apparaissent de plus en plus précocement dans la journée et peuvent générer une situation de faillite avec impossibilité de maintien du tronc droit en position debout statique. Le retentissement fonctionnel est variable selon la sévérité et l'étendue de l'atteinte musculaire, allant de la fatigue à l'effort jusqu'à la grabatisation.



Pour Vanessa Evrard et Gilles Pannetier, prothésistes, les corsets représentent presque la moitié des prescriptions d'appareillage. Au premier plan, un corset avec motifs.

mois de l'année 2013, pratiquement la moitié sont des corsets ou minerves, 20 % d'autres orthèses (releveurs, genouillère…) et seuls 30 % relèvent d'une activité de prothèses (*voir encadré ci-dessous*). Ce ratio de 70 % d'orthèses pour 30 % de prothèses était inversé il y a sept ans seulement.

… en couleurs

La couleur, les motifs… On doit cette idée à Vanessa Evrard : « *Désormais, le corset, la minerve, le releveur sont davantage vécus comme un vêtement ou un jouet. Tout le monde a envie de choisir jusqu'à la couleur des sangles, des rivets… Deux amies qui choisissent le même dessin… Un enfant amoureux des animaux qui opte pour le léopard… Même les prothèses de jambe sont colorées.* » « *On peut tout faire à partir d'un tissu ou d'un tee-shirt personnalisé* », ajoute Gilles Pannetier, montrant une pièce en cours de réalisation à l'effigie de… Johnny Halliday.

La réorientation de l'atelier s'est accompagnée de deux investissements majeurs : un four aux dimensions adaptées et un système de thermoformage sous vide permettant de travailler de façon plus rapide et surtout plus précise.

Les projets

La conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO) constitue une ouverture pour la réalisation des grands verticalisateurs, des corsets sièges au profit des grands handicapés moteurs ; elle représente également une alternative au moulage plâtré pour les patients trop douloureux, en oncologie notamment. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Vocabulaire

- Orthèse : système mécanique qui soutient un membre déficient (corset, minerve, attelle de marche, releveur de pied).
- Prothèse : appareil qui remplace un manque (une jambe, une cuisse, un bras ou un avant-bras).

L'UCC de l'hôpital Villiers Saint

La psychomotricité des

L'unité cognitivo-comportementale (UCC) de l'hôpital Villiers Saint Denis améliore l'éventail de ses prises en charge avec l'arrivée, au 1er juillet 2013, de Laetitia Derlon, psychomotricienne.

Cette unité de 15 lits, sous la responsabilité du Dr Guy Schneider, gériatre et chef du pôle gériatrie, pneumologie, cardiologie de l'hôpital, est ouverte depuis mars 2011. Elle accueille principalement, avec un taux d'occupation de presque 100 % en 2012, des patients atteints de maladies neurodégénératives compliquées de troubles du comportement et ou en perte d'autonomie.

La psychomotricité vient compléter la prise en charge en neuropsychologie et en ergothérapie au plan cognitif et la kinésithérapie au plan locomoteur.

Elle permet de redonner au patient la dimension d'un corps vécu à partir de mises en situations corporelles concrètes. Ainsi, elle minimise les effets du corps vécu comme objet médicalisé, douloureux, source d'angoisse et en perte d'autonomie. De plus, elle redonne au patient des sensations de bien-être, de plaisir, de détente pour optimiser ses capacités de pensées et d'action afin qu'il s'adapte et vive au mieux son environnement.

La prise en charge individuelle relève d'une prescription médicale. Elle permet de travailler plus finement sur les troubles psychomoteurs rencontrés par le patient. Mais elle ne change en rien la prise en charge de groupe proposée à l'ensemble des patients hospitalisés dans l'UCC. Le groupe et les échanges sociaux dans un moment de partage et de convivialité sont importants : ils ouvrent la dimension d'appartenance et de reconnaissance de l'individu à la vie institutionnelle.

Ainsi des ateliers « corps et sens » sont proposés pour des groupes de patients de l'UCC en collaboration avec les soignants. Ils comprennent essentiellement de la gym douce, des exercices de prévention de chutes et de relaxation. L'objectif principal est de maintenir une

Les unités cognitivo-comportementales

Mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012, les unités cognitivo-comportementales (UCC) sont des unités d'hospitalisation, identifiées au sein des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, destinées à offrir une prise en charge spécifique pour les patients jeunes et âgés, qu'ils soient à domicile ou en institution. Le but étant de leur permettre de retourner à leur domicile d'origine.

Dans une architecture adaptée, avec des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement, sur la base d'un bilan médico-psychosocial, ces unités ont pour objectif de stabiliser les troubles de comportement, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise en l'absence d'une indication de court séjour en spécialité d'organe ou de réanimation.

Cette « spécialisation » cognitivo-comportementale impose l'intervention de personnels spécifiques (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, assistante de gérontologie), voire l'accès à du temps de psychiatre.

Denis
patients

conscience corporelle dans sa perception et son expression : « *Sentir son corps, c'est exister* ». Lors de ces ateliers, les propositions sont orientées autour de mouvements, de la sensorialité et du dialogue tonico-émotionnel avec un support musique. Les personnes qui en bénéficient présentent des difficultés mnésiques importantes et une sensibilité propice à ce type de proposition. Ce sont des ateliers hebdomadaires qui se déroulent dans un cadre ritualisé, sécurisant, dans une ambiance calme et posée. Il s'agit d'apaiser ces personnes présentant des troubles du comportement de type agitation, anxiété ou inhibition.

Le travail de la psychomotricienne vise à apprivoiser ce corps vieilli, malade, handicapé, pour aider la personne âgée à le reconnaître comme sien. Il s'intègre parfaitement à la prise en charge multidisciplinaire proposée au sein de l'UCC. ■

Laetitia Derlon
Dr Guy Schneider
Hôpital Villiers Saint Denis

Lors d'un atelier « corps et sens » animé par Laetitia Derlon.



Brancardier
Premier maillon de la chaîne hospitalière

Une trentaine de brancardiers travaillent à l'hôpital La Musse au sein des trois pôles d'hospitalisation. Rencontre avec des professionnels qui prennent leur rôle de « passeurs » au sein de l'hôpital très au sérieux. Ils côtoient tous les services et connaissent tous les patients…


Bruno Papillon

Dans le monde médical si normé, les brancardiers font exception à la règle : aucune formation spécifique n'existe dans leur branche. Pas de diplôme non plus. Chargés d'accompagner les patients qui ne peuvent se déplacer seuls, mais aussi d'aider lors des transferts de patients dans leurs chambres (toilettes, lever, coucher…), le brancardier est souvent en première ligne et sa capacité à soutenir moralement les personnes hospitalisées, loin d'être négligeable. « *Nous sommes le premier maillon de la chaîne* », commentent-ils lorsqu'on leur pose la question de leur place au sein des unités. Et lorsqu'on les questionne sur leurs motivations, ils mettent en avant le besoin de mouvement et le goût du contact humain.

Vers le métier d'aide-soignant

Les brancardiers, tous des hommes, sont plutôt jeunes. Ils viennent d'horizons très divers. Ils sont une trentaine à travailler dans les trois pôles de l'hôpital La Musse, dont quelques-uns sous la forme de contrats aidés. « *Il faut, en l'espace de quelques instants, savoir jusqu'où l'on peut pousser la plaisanterie. J'ai un petit truc : souvent je me donne la longueur du couloir pour arriver à les faire sourire* », commente un brancardier du pôle de soins de suite polyvalents, en poste à l'hôpital La Musse depuis près de vingt ans. Ce métier est un métier de soin à la personne. Les postulants doivent montrer de l'empathie envers les patients. Ils doivent développer une attitude d'écoute, de courtoisie, de respect et de discrétion. Ils doivent également avoir une bonne capacité d'organisation et le goût du travail en équipe. C'est aussi un métier où le *turnover* est important, même si quelques brancardiers de l'établissement de santé sont là depuis de nombreuses années. Ceux qui le souhaitent peuvent évoluer professionnellement en suivant la formation d'aide-soignant. « *Le brancardage est, à mon sens, un poste clé, un maillon important. On est en*


Samba Sarr

Fiche de fonction

Réalisée il y a deux ans par la direction des ressources humaines de l'hôpital La Musse, la fiche de fonction décrit notamment les missions générales du brancardier :

- assurer la manutention et l'accompagnement des patients dans le plus grand respect de sa sécurité, de sa dignité et du secret professionnel ;
- aider les soignants et les paramédicaux au transfert et à la mobilisation des patients ;
- recueillir les informations nécessaires au transport ou à la mobilisation du patient auprès du service demandeur et adapter le soin en fonction des dites informations ;
- installer, participer à l'entretien et au maintien du matériel ;
- assurer une activité de coursier en dehors des circuits organisés ;
- rendre compte aux cadres infirmiers de son activité, des problèmes rencontrés ou des dysfonctionnements.

S'y ajoute le récapitulatif des tâches concernant la prise en charge du patient : transferts et installation pour les repas, le lever, le coucher, l'installation au fauteuil, la manutention pour l'accès aux toilettes, la gestion du matériel et des locaux…

La plupart des brancardiers travaillent selon deux types d'horaires en journée :
7 h 45-11 h 45 // 12 h 30-16 h 15 ou 8 h-12 h 30 // 16 h 15-19 h 30

contact avec tous les services, confirme un collègue du pôle de soins de suite gériatriques. *J'envisage de passer le concours d'aide-soignant. On s'investit d'une manière différente. Sans doute plus. Ça m'intéresse aussi.* »

Statut et formation

Depuis trois ans, des stages de formation de cinq jours sont proposés régulièrement à l'hôpital La Musse pour les nouveaux brancardiers embauchés. Il s'agit d'une formation « sur mesure », imaginée par l'établissement. Un intervenant professionnel explique le métier, pointe les dangers du port de charge, parle de l'ergonomie du poste de travail, du soin, de la relation au patient et donne des bases de psychologie.

Les grandes pathologies rencontrées à l'hôpital La Musse y sont passées en revue. « *Au début de mon embauche, on n'avait pas vraiment de statut. On était "agent hospitalier". Aujourd'hui, le métier s'est structuré et pour moi, ça a été un vrai plus* », reconnaît un autre brancardier. Depuis plusieurs mois, les brancardiers peuvent s'appuyer sur des « fiches de fonction » (*lire encadré p. 18*) réalisées par la direction des ressources humaines. Les missions qui leur sont demandées au quotidien y sont précisément décrites. Il s'agit là d'un « plus » essentiel pour un corps professionnel parfois en mal de reconnaissance. Des « passeurs »... dont on ne peut se passer. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse



Témoignages

Jean-Luc Godais
À l'hôpital La Musse depuis trente ans, pôle soins de suite spécialisés

« Je suis arrivé à l'hôpital La Musse dans les années 80. À ce moment-là, il n'y avait pas de lève-malades, de brancards hydrauliques, de lits électriques. C'était un métier très dur physiquement.

Avec les années, le métier est devenu moins pénible grâce aux progrès technologiques. Ça reste quand même très physique. Mes collègues et moi parcourons des kilomètres par jour et portons beaucoup de charges.

Ce métier a toute son importance dans la prise en charge du patient. La maladie change une personne physiquement et moralement à cause des amputations, notamment à l'unité vasculaire dont j'ai la charge. Le côté relationnel est très important. Un sourire ou une parole réconfortante peut être bénéfique. Notre métier, c'est bien plus que « brancarder un patient ».

Souvent, je me demande comment je serais à leur place. Il ne faut pas oublier ça. Ma satisfaction tient à peu de choses : remonter le moral des patients, les motiver tout au long de leur séjour et jusqu'au jour où ils peuvent rentrer chez eux.

Cela fait une trentaine d'années que je suis brancardier. Il faut l'aimer ce métier ! »


Jean-Luc Godais

Bruno Papillon
À l'hôpital La Musse depuis dix-sept ans, pôle soins de suite gériatriques

« J'ai une formation de CAP boucher. C'est un peu par hasard que j'ai postulé à La Musse lorsque je me suis retrouvé sans travail. Le brancardage, ça m'a plu tout de suite. Surtout le contact humain. Avec les patients, on discute, on rigole, j'essaie de leur remonter le moral ou de leur changer les idées : on parle souvent des actualités, de la météo ou, pour les personnes âgées, de leur métier passé.
J'aime ce que je fais. J'aime bien aussi rendre de petits services qui dépannent : apporter un vêtement, un verre d'eau, poster une lettre en bas... Avec les patients il faut être… patient. Certains sont parfois un peu agressifs : il faut les comprendre, ils sont très malades. Nous, on doit laisser nos humeurs de côté. Le patient n'a pas à en pâtir. Ça ne me gêne pas qu'ils m'appellent Bruno ou me tutoient. Mais moi je garde le vouvoiement et le "monsieur, madame".

À mes débuts ici, il fallait être deux ou trois pour monter les lits à la main et lever les patients. Maintenant, avec les lits électriques, tout peut se faire seul. Même si, après deux hernies discales, je fais très attention et, généralement, j'attends un collègue pour effectuer les tâches les plus dures et assurer les transferts quand le patient est très handicapé ou lourd. On se fait moins mal et on fait moins mal au patient.

À un moment, j'ai pensé suivre une formation pour devenir aide-soignant, mais finalement j'ai renoncé : je pense que le brancardage est plus varié. On bouge plus. On est une bonne équipe, on se rend des services et on donne un coup de main : on ne laisse pas un patient attendre le collègue si on peut le prendre en charge tout de suite.

J'aime le milieu de l'hôpital. Je ne souhaite pas changer de poste. »

Samba Sarr
À l'hôpital La Musse depuis dix ans, pôle médecine physique et de réadaptation

« Avant, j'étais dans le commerce mais j'ai toujours eu envie de travailler dans le milieu hospitalier. Lorsque j'ai vu que l'hôpital La Musse recherchait un brancardier, j'y suis allé. J'ai d'abord travaillé en contrat solidarité pendant un peu plus de deux ans, puis j'ai été embauché. Je suis plus particulièrement affecté à l'unité six (les patients amputés) le matin, mais on se déplace un peu dans toutes les unités : je connais presque tous les patients du pôle et tous m'appellent par mon prénom.

Je suis aussi pompier volontaire depuis quatre ans à Évreux. On m'appelle en renfort plusieurs fois par semaine, toujours en dehors de mon temps de travail et je dois effectuer quelques gardes aussi. Ce qui me plaît dans les deux fonctions, c'est le contact avec les gens. Ce n'est jamais la même chose d'un jour à l'autre et, surtout, on peut aider les gens. Dès le matin, en général, j'arrive à les faire rigoler. Sinon, je cherche à les rassurer en leur disant qu'il n'y a jamais deux jours pareils.

Je suis Siapp également, c'est à dire référent sécurité incendie pour le pavillon. On m'a proposé de devenir aide-soignant, il y a quelques années. J'ai hésité, mais finalement j'ai refusé. Brancardier, c'est un métier agréable et polyvalent. J'ai appris à ne pas travailler avec mon dos pour le ménager : si on applique les consignes, on ne se blesse pas. On peut être aidé pour les transferts difficiles de patients, par du matériel ou par les collègues. Et les collègues, d'ailleurs, je veux leur dire merci. Parce que quand je suis arrivé ici, ils m'ont tous bien aidé. Ils m'ont expliqué le métier. Ils m'ont tout appris. »

Hôpital Villiers Saint Denis
La prise en charge des patients victimes

En novembre 2012, l'hôpital Villiers Saint Denis a ouvert une unité d'hospitalisation spécialisée dans la prise en charge des affections neurologiques. Celle-ci complète l'offre de l'établissement qui disposait déjà d'un hôpital de jour, notamment orienté vers la prise en charge des patients atteints de troubles neurologiques. Dans ce cadre, une approche particulière a été élaborée pour les soins aux patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Combien d'AVC par an en France ?

On estime à 125 000 le nombre de nouveaux cas d'AVC par an en France, nombre qu'il convient d'augmenter d'un cinquième pour tenir compte des récidives, soit environ 150 000.

Une étude américaine publiée le 10 octobre 2012 dans la revue *Neurology* montrait une augmentation de la proportion d'AVC cérébraux dans la population du Kentucky, qui est passée de 12,9 % à 18,6 % chez les 20-54 ans ; dans le même temps, l'âge moyen des AVC a légèrement rajeuni, passant de 71,2 ans à 69,2 ans. Une mauvaise hygiène de vie et les drogues étaient énumérées comme facteurs de risque.

Le nombre d'AVC par an peut donc être estimé en fonction de l'âge :

- de 55 à 64 ans : 170 à 360 AVC pour 100 000 habitants ;
- de 65 à 74 ans : 488 à 890 AVC pour 100 000 habitants ;
- à partir de 75 ans : 1 350 à 1 790 AVC pour 100 000 habitants.

Les facteurs de risque

Les facteurs de risque d'AVC sont communs à toutes les maladies vasculaires, qui peuvent toucher le cœur, les membres inférieurs, les reins et d'autres organes au même titre que le cerveau. Parmi les plus fréquents facteurs de risque, on retrouve l'hypertension artérielle, le tabac, le diabète, l'élévation des graisses dans le sang, l'alcool, la sédentarité, la surcharge pondérale, la contraception orale, la migraine (l'absence d'étude rigoureuse à ce sujet manquerait) et l'hérédité (il existe parfois une prédisposition familiale aux AVC, cardiaques ou cérébraux).

La filière de prise en charge

L'origine géographique des patients pris en charge dans l'unité neurologie du pôle médecine physique et réadaptation (MPR) de l'hôpital Villiers Saint Denis est représentée par des patients adressés par des hôpitaux situés dans l'Aisne, la Marne, l'Oise, à Paris, en Seine-et-Marne, dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine.

La plupart des malades sont originaires du département de l'Aisne (55 %), de la Seine-et-Marne (35 %), de la Marne (6 %), de l'Oise (2 %), de Paris (2 %) et des Hauts-de-Seine (2 %).

La durée moyenne des prises en charge des suites d'AVC en hospitalisation complète met en évidence une augmentation du nombre des journées : 50 journées en 2010, 51 journées en 2011 et 57 journées en 2012.

À l'issue de leur hospitalisation, en 2012, 62,9 % des malades quittent l'hôpital pour rejoindre leur domicile ; 22,7 % intègrent une structure médico-sociale. Les mutations vers un autre établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent 12,3 % ; il s'agit là des statistiques pour l'année 2012.

Les objectifs de la rééducation

- Optimiser la reprise d'autonomie au plus tôt après l'accident ou lors de l'évolution de la maladie dans le cadre d'un projet thérapeutique.
- Optimiser les traitements de la maladie neurologique.
- Mettre en place l'éducation thérapeutique du patient et des aidants familiaux dans le but d'améliorer leurs connaissances et une meilleure hygiène de vie.
- Prévenir la survenue de complications (en dehors des conséquences immédiates de l'AVC) qui aggraveraient le pronostic. Par exemple, prévenir l'apparition de la spasticité [1] qui peut gêner les mouvements et augmenter les séquelles de l'AVC.

La rééducation doit débuter le plus tôt possible et être adaptée à ce que le patient peut supporter.

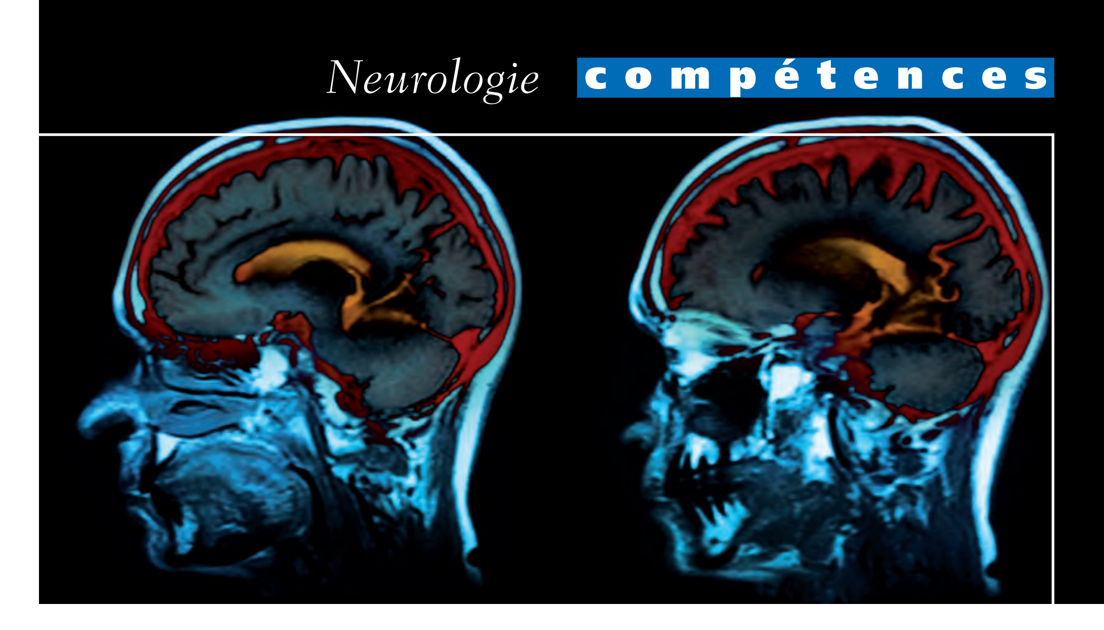
Une prise en charge multidisciplinaire

Le médecin rééducateur

Le médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR) assure le suivi médical en collaboration avec les autres médecins (neurologues, radiologue et médecin traitant). Il prescrit le traitement de certaines complications propres à l'hémiplégie, la spasticité et aux douleurs. Il coordonne l'équipe de rééducation. Il prescrit l'intervention des différents rééducateurs nécessaires en ajustant avec eux les objectifs et les moyens ainsi employés, ainsi que la réalisation éventuelle d'appareillages.

Le médecin spécialiste en MPR reste un clinicien et surveille le patient dans l'ensemble de ses maladies.

d'AVC



Le kinésithérapeute

Sa première mission est de prévenir les complications respiratoires et articulaires. Le kinésithérapeute s'attache ensuite à rendre la marche à nouveau possible et à améliorer les mouvements de l'ensemble du corps grâce à des exercices spécialisés. Dans ce but, il doit souvent, ainsi que l'ergothérapeute, utiliser des techniques qui entraînent une diminution de l'hypertonie musculaire (2) gênante.

Les exercices sont très différents de la musculation. En effet, le problème n'est pas de rendre de la force à des muscles qui seraient fatigués, mais de favoriser la récupération par le cerveau par leurs commandes volontaires. Le matériel principal peut se résumer à des tapis, barres parallèles, escaliers et cannes. Si les progrès sont insuffisants, le kinésithérapeute apprend au patient à utiliser au mieux les capacités qu'il lui reste.

Toute rééducation s'accompagne d'un bilan initial permettant l'élaboration d'un programme personnalisé de rééducation. De la synthèse hebdomadaire, concertation entre tous les intervenants, découleront les adaptations nécessaires au programme ; lorsque le patient quittera l'hôpital, le bilan final permettra d'assurer un suivi avec le kinésithérapeute libéral, parfois amené à poursuivre une rééducation lors du retour au domicile.

Le kinésithérapeute a également un rôle actif dans le projet d'éducation thérapeutique. Les échanges avec le patient vont amener ce dernier à réfléchir à ses attentes, aux contraintes qu'il risque de rencontrer (chute…) et à décider librement de participer ou pas au programme d'éducation thérapeutique. Ce programme est établi en concertation avec tous les intervenants afin de diriger le patient vers les ateliers lui permettant de redevenir acteur dans la gestion de son quotidien.

L'ergothérapeute

L'objectif principal est de rééduquer les déficits des patients (grâce aux prises en charges en salle) afin d'améliorer les capacités fonctionnelles et ainsi diminuer la situation de handicap.

Celle-ci peut être aussi réduite en adaptant l'environnement au déficit de la personne : aménagement du domicile et du véhicule, aides techniques et évaluation des besoins en aide humaine.

L'ergothérapeute intervient dans divers lieux et contextes : en chambre, en salle de rééducation, à l'extérieur de l'hôpital, sur le futur lieu de vie et de travail du patient.

Cette prise en charge pluriquotidienne permet d'évaluer et d'améliorer :

- l'installation au lit et au fauteuil afin de préserver l'état cutané, trophique et orthopédique ;
- de permettre d'adapter la sphère fonctionnelle du patient (son aide d'appel, téléphone) ;
- les fonctions motrices et sensitives ;
- l'équilibre assis et debout, la proprioception ;
- les fonctions cognitives (schéma corporel, gnosie, praxie, mémoire, fonction exécutive) ;
- l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne cotée par la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF).

En fonction du projet du patient, les ergothérapeutes sont amenés à réaliser :

- une mise en situation dont l'objectif est d'évaluer les possibilités fonctionnelles et cognitives des patients dans les conditions réelles de leur retour à domicile lors des ateliers de cuisine thérapeutiques et des sorties à l'extérieur de l'établissement ; dans ce cadre, il peut être proposé un séjour en appartement thérapeutique (2 à 4 jours) afin d'évaluer la faisabilité d'un retour au domicile en toute sécurité et d'étudier, au plus juste, les besoins en aides techniques et humaines ;
- des visites à domicile afin d'évaluer l'accessibilité du logement et préconiser des aménagements architecturaux afin de rendre l'habitat accessible et fonctionnel ;
- en vue de la reprise de la conduite automobile, des évaluations des capacités visuelles et cognitives ainsi que des besoins en matière d'aménagement du véhicule. L'ergothérapeute peut proposer au patient d'effectuer une mise en situation sur route dans un véhicule auto-école pouvant être adapté à sa déficience. L'hôpital Villiers Saint Denis projette d'acquérir un simulateur de conduite. Celui-ci aurait pour intérêt de placer le conducteur dans un environnement comparable à celui d'une conduite réelle mais où l'environnement et le véhicule sont totalement sous contrôle, car représentés par des modèles logiciels, donc sans risques.

L'orthophoniste

Le bilan orthophonique réalisé après la réception de la prescription médicale, permettra d'objectiver :

- des troubles langagiers : expression orale et écrite ; compréhension orale et écrite, praxie, dysarthrie ;

(1) Contracture musculaire involontaire se traduisant par une rigidité des mouvements.
(2) Exagération permanente du tonus musculaire.

- des troubles cognitifs : mémoire, fonction attentionnelle, fonction exécutive, praxie, neuro-vision, visio-construction, syndrome de l'hémisphère droit ;
- des troubles logico-mathématiques ;
- des troubles vocaux ;
- une dysphagie.

Il peut s'avérer nécessaire que le thérapeute fasse appel à un médecin vacataire afin de compléter son bilan : l'ophtalmologiste (pour les troubles de la neuro-vision), l'ORL (pour les troubles vocaux et de la déglutition ainsi que pour la vérification de l'audition), le dentiste (pour les troubles de la déglutition liés et/ou aggravés par des prothèses dentaires absentes ou inadaptées).
Selon les résultats du bilan, l'orthophoniste et le médecin décident de la nécessité ou non de démarrer une rééducation, puis l'orthophoniste établit un plan thérapeutique spécifique à chaque patient.
La rééducation orthophonique, visant à réhabiliter les fonctions perturbées, fait l'objet d'exercices spécifiques et adaptés à chaque patient et sa pathologie.
Les prises en charge sont individuelles ou collectives et s'effectuent, soit dans le bureau de l'orthophoniste, soit dans la chambre du patient quand celui-ci n'a pas la possibilité de sortir. Elles peuvent être quotidiennes, voire biquotidiennes. La rééducation peut être longue – plusieurs semaines à plusieurs années – et se poursuivra souvent en cabinet de ville à la sortie de l'hôpital. La fréquence des séances dépend de la sévérité de l'atteinte, de l'état du patient et de ses capacités de récupération.
Lorsqu'une réhabilitation des fonctions perturbées s'avère insuffisante pour être fonctionnelle, des moyens de compensation du déficit sont créés et mis en œuvre, tels que les cahiers de communication. De plus, l'intervention de l'orthophoniste, en dehors de l'institution, est parfois souhaitable pour optimiser la réinsertion sociale et/ou familiale, ou pour jouer un rôle de prévention et de formation : mise en situation écologique en collaboration avec les ergothérapeutes en cuisine thérapeutique du service d'ergothérapie, au domicile du patient, dans des supermarchés et/ou des magasins fréquentés par le patient. La famille, l'entourage et les aidants peuvent être associés à la prise en charge afin de permettre une bonne intégration socio-familiale, voire professionnelle. Ils sont également sollicités dans les cas d'aphasie et de mutisme afin de cerner les habitudes de vie de l'individu en vue de proposer au patient des stimulations adaptées et motivantes.
Enfin, l'orthophoniste propose une réévaluation du patient après un certain temps de rééducation afin d'objectiver la potentielle progression du patient et permettre la réadaptation du projet thérapeutique.
La prise en charge orthophoniste sera donc rééducative, palliative, par adaptation de l'environnement, et éducative dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient et des aidants.

Les psychologues

L'AVC, comme toute maladie neurologique qui entraîne un handicap, provoque un changement de vie pour le patient et sa famille, une modification de l'image et de l'estime de soi, des projets, une souffrance psychologique, cognitive et comportementale, qui nécessitent l'intervention de psychologues et neuropsychologues. Ils interviennent de concert pour l'évaluation et l'accompagnement des patients.
Tout au long de la prise en charge (hospitalisation complète et en hôpital de jour), le psychologue clinicien propose des entretiens au patient et/ou à ses proches en fonction du traumatisme psychique engendré par le handicap. Il est important pour chacun de pouvoir exprimer les émotions, angoisses, doutes associés à la transformation physique et cognitive engendrée par l'AVC. Le changement de projet de vie est également abordé. Le soutien psychologique vise également à évaluer et étayer la motivation du patient lors de sa rééducation, en fonction de sa personnalité, son âge, son histoire, ses projets et ses représentations du handicap. Au décours de la rééducation, le psychologue clinicien propose, avec les ergothérapeutes, une évaluation des capacités cognitives pour la reprise de la conduite automobile.
Le neuropsychologue évalue de façon approfondie le fonctionnement cognitif du patient (mémoire, attention, capacités d'adaptation…), en lien avec son niveau antérieur et son état psychologique. En fonction des données de l'examen neuropsychologique, il peut proposer une prise en charge en remédiation cognitive pour amener les patients à prendre conscience de leurs déficits et leur apprendre à mettre en place des stratégies de compensation. Il peut également rencontrer les proches du patient pour évaluer le niveau antérieur du patient et les informer des conséquences des troubles cognitifs sur le comportement et la vie quotidienne.

Les soignants : infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier

La prise en charge soignante en rééducation-réadaptation du patient AVC repose sur la collaboration entre les infirmiers, les aides-soignants et les agents de service hospitalier qui ont un rôle privilégié par leur présence journalière auprès du patient dans l'observation et la transmission d'information. À l'entrée du patient, le recueil de données et l'observation de l'équipe dans les premières 48 heures permettent d'évaluer la dépendance du patient et de poser les premiers objectifs de prise en charge qui seront ensuite discutés, modifiés et validés par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en réunion hebdomadaire de synthèse.

Journée mondiale des accidents vasculaires cérébraux

Agir vite pour le cerveau

Tel pourrait être le mot d'ordre de la journée de l'AVC, célébrée tous les ans le 29 octobre. L'objectif principal de cette journée : sensibiliser le maximum de personnes à cette grande cause de santé publique en incitant à composer le 15 (pour la France) dès l'apparition des premiers symptômes.

Les signes avant-coureurs des AVC :

- paralysie ou engourdissement brutaux d'un côté du corps ;
- difficultés soudaines à s'exprimer ;
- perte de l'attention ;
- diminution très brutale de la vision d'un œil.

Faute d'une prise en charge très rapide, les lésions peuvent devenir irréversibles. Chaque minute compte. Si vous êtes témoin d'un de ces trois signes, réagissez : appelez immédiatement le Samu en composant le 15.

Les enfants aussi…

Dans notre inconscient collectif, les AVC touchent essentiellement les adultes et le risque s'accroît avec l'âge. Pourtant, les enfants aussi sont concernés et on recense de nombreux cas d'AVC chez des nourrissons ou des enfants. L'association AVC de l'enfant s'est créée pour informer les parents sur la maladie, les causes connues, les séquelles et les conduites à tenir en cas d'accident vasculaire cérébral chez l'enfant.

Pour en savoir plus sur l'AVC pédiatrique :
www.avcenfant.fr

L'équipe va mettre également en place l'éducation thérapeutique dont l'objectif est d'autonomiser le patient dans la prise en charge de sa pathologie et pour qu'il ait une meilleure connaissance de celle-ci. Cette éducation se fait en présence du patient mais également de son entourage proche.
L'AVC entraîne des séquelles physiques pour lesquelles l'équipe soignante va intervenir en palliant les déficits par des aides humaines et techniques ainsi que la stimulation afin d'obtenir, de la part du patient, une participation à sa reprise d'autonomie et à sa rééducation.
L'objectif global de cette prise en charge est d'éviter l'altération de l'état cutané et de la mobilité physique, les risques infectieux, de dénutrition et de déshydratation ainsi que les risques de fausses-routes, de récidive ou thromboemboliques. Il s'agit d'obtenir du patient une participation lui permettant de devenir le plus indépendant possible dans les gestes de la vie quotidienne pour envisager sereinement un retour à domicile dans les meilleures conditions.

Le psychomotricien
Ayant comme objectif l'amélioration de l'adaptation à l'environnement par le renforcement de la confiance corporelle et l'estime de soi, la mission principale du psychomotricien est de favoriser la prise de conscience du corps, la réunification du schéma corporel en lien avec la régulation tonique, l'ébauche de tout mouvement participant aux fonctions motrices et aux fonctions de l'équilibre, mais aussi les mouvements de coordination et de dissociation.

L'éducateur physique et sportif
Dans le cadre de la rééducation neurologique, l'éducateur physique et sportif va prendre en charge plus spécifiquement les patients neurologiques et l'activité sportive collective.
Le plateau technique (gymnase) permettra des activités sportives (Boccia…). Selon les possibilités des patients, des activités handisport déjà organisées pour d'autres pathologies pourront être offertes.
Parallèlement, des sorties en fauteuil roulant en situation écologique seront structurées, en complément du travail de l'ergothérapeute.

Le diététicien
La complexité de la prise en charge diététique est montrée par une participation active et très proche de l'équipe de rééducateurs-soignants :
- concernant la dénutrition :
  - dosage de l'albuminémie dans le bilan d'entrée,
  - pesée et mesure de la taille réalisées dans les 48 heures suivant l'entrée,
  - calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et Nutritional Risk Index (NRI) grâce à un logiciel disponible,
  - prise en charge des patients par le diététicien (régime hyperprotidique, supplémentation orale, alimentation entérale…) ;
- prise en charge diététique traditionnelle : tout régime associé est pris en compte ainsi que les aversions ;
- prise en charge des problèmes de déglutition, en collaboration avec l'orthophoniste et les équipes soignantes ;
- l'éducation (entretiens avec les patients et leurs familles) grâce à des livrets spécifiques de conseils dont un livret nutritionnel, individualisé et adapté au patient.

L'assistante sociale
Étape clé du séjour, la sortie du patient de l'hôpital est importante pour lui et sa famille (anticipation, sécurisation du retour à domicile…), mais également pour l'institution (durée de séjour conforme aux besoins du patient et aux missions de l'hôpital, limitation des risques de réhospitalisation précoce). L'assistante sociale peut organiser des entretiens avec la famille pour aider dans les démarches et mettre en place des prestations qui s'avéreraient nécessaires : prestation de compensation du handicap, allocation personnalisée d'autonomie, protection juridique et indemnité journalière/invalidité.
Le rôle de l'assistante sociale devient important également lors de l'orientation vers un lieu de vie adapté :
- établissements d'accueil pour personnes âgées (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], foyer logement, unité de long séjour Alzheimer, accueil familial…) ;
- établissements d'accueil pour personnes handicapées (maison d'accueil spécialisé, foyer d'accueil médicalisé, accueil familial…) ;
- établissements d'accueil social.

La sortie du patient de l'hôpital Villiers Saint Denis est validée en équipe pluridisciplinaire dès que le projet thérapeutique est atteint, en accord avec le patient et sa famille.
L'intérêt de maintenir la rééducation, en hospitalisation complète ou en hospitalisation à temps partiel, est évalué à un mois, puis deux et trois mois.
Un suivi à distance en consultation externe est organisé avec possibilité d'une réhospitalisation complète ou à temps partiel si l'état du patient le nécessite selon les critères de la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer). ■

Dr Mirela Florian
Dr Tayeb Meslem
Équipe du pôle MPR
Hôpital Villiers Saint Denis

Autres chiffres clés de l'AVC en France

Cause majeure de handicap acquis de l'adulte, l'AVC, dans les pays occidentaux, est la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la troisième cause de mortalité.

- 130 000 hospitalisations complètes pour accident neuro-vasculaire, soit 1 AVC toutes les 4 minutes : 110 000 hospitalisations pour AVC et 20 500 hospitalisations pour accident ischémique transitoire (AIT).
- 73 ans : l'âge moyen de survenue d'AVC chez les personnes d'au moins 85 ans ; tous les âges de la vie sont concernés, y compris l'enfance.
- +16,5 % : l'accroissement du nombre de personnes hospitalisées pour AVC entre 2002 et 2010, essentiellement lié à l'augmentation et au vieillissement de la population.
- L'AVC est la troisième cause de mortalité chez les hommes (après les cancers de la plèvre, de la trachée, du larynx ou des poumons et les cardiopathies ischémiques) et la première cause chez les femmes (avant les cardiopathies ischémiques et le cancer du sein).
- Depuis le milieu des années 70, baisse continue de la mortalité cérébro-vasculaire.
- Près de 60 % des personnes ayant survécu présentent des symptômes un mois après l'AVC ; 25 % présentent un handicap « léger ou modéré » et 34 % ne peuvent marcher sans assistance.
- 771 000 personnes avec antécédent d'AVC en France, dont 505 000 présentant des séquelles.

Source : Direction générale de l'organisation des soins – Direction générale de la santé (2010)

Plus d'infos : www.sante.gouv.fr

Aider la personne handicapée
L'approche systémique pratiquée au Samsah La

Séverine Bonsignour, ergothérapeute, et Guillaume Lefebvre, neuropsychologue, ont suivi pendant quatre ans une formation à l'abord systémique familial qui leur a été d'une aide précieuse dans l'exercice de leur mission : aider la personne handicapée de retour dans sa famille. « Nous avons très vite remarqué l'importance des répercussions d'un accident dans la famille, expliquent les deux professionnels.
Changements des places dans la famille, conflits antérieurs à l'accident qui resurgissent, souffrance des enfants souvent niée… Nous rencontrions des difficultés dans la mise en place de nouveaux projets de vie (notre rôle premier) avec des familles en souffrance, parfois opposantes. Nous avons réussi à débloquer des situations compliquées en travaillant avec les familles, en s'engageant avec elles. Notre regard a changé. Nous y avons également gagné en cohésion d'équipe. »
Chaque année, le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) La Musse traite trente dossiers : un tiers, à l'issue d'hospitalisations à l'hôpital La Musse, les autres adressés par les médecins, assistants sociaux, services d'aide à domicile.
Le Samsah bénéficie du financement de l'agence régionale de santé (ARS) et du conseil général de l'Eure. Le Samsah est composé du Dr Hafid Boubkry, de Céline Lambert (ergothérapeute, en cours de formation à la systémie familiale), d'une secrétaire depuis le début de l'année, Martine Pellerin, et d'une éducatrice, Julie Perzo-Piel. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

À leur sortie de l'hôpital ou du centre de rééducation, les personnes traumatisées crâniens ou cérébrolésées et leur famille peuvent faire appel au Samsah créé à La Musse il y a sept ans, pour briser l'isolement, redéfinir l'équilibre familial et mettre en place un nouveau projet de vie.

Une approche systémique

L'équipe du Samsah La Musse intervient auprès de personnes qui ont subi une lésion cérébrale. Ces personnes, comme leur famille, ont donc toutes été confrontées à un événement traumatique. Toutes ont vécu la menace de mort imminente, de perte de l'autre, puis l'espoir d'une récupération totale mêlée à l'incertitude de l'avenir. Beaucoup arrivent dans notre service après avoir perçu l'inexorabilité des blessures et du handicap. Le temps de l'hôpital et de la rééducation est habituellement terminé et le Samsah intervient, à ce moment-là, pour organiser un suivi auprès des personnes cérébrolésées et de leur famille, pour construire et mettre en œuvre un nouveau projet de vie.

La famille face à la lésion cérébrale

Les personnes cérébrolésées suivies peuvent présenter un handicap moteur. Mais les séquelles les plus importantes et fréquentes sont invisibles. Elles sont :

- cognitives (perception, langage, mémoire, attention, capacités de planification, d'organisation, d'abstraction, de raisonnement…) ;
- comportementales (apathie, baisse d'intérêt, manque d'initiative, désinhibition, difficulté dans le contrôle de soi, irritabilité, troubles alimentaires ou sexuels…) ;

Guillaume Lefebvre et Séverine Bonsignour.



dans la famille

Musse

- émotionnelles (émoussement affectif, incapacité/difficulté à ressentir ou à exprimer des émotions...).

La conséquence de ce handicap invisible la plus notable pour les professionnels comme pour les familles est l'isolement social. Les associations de familles parlent ainsi du traumatisme crânien comme d'une « pathologie du lien ».

La famille confrontée à un traumatisme crânien ou une lésion cérébrale traverse une « crise », c'est-à-dire une remise en cause de la qualité des relations, une menace pour l'équilibre familial. Les règles qui régissent la famille sont remises en cause par les troubles cognitifs et du comportement créant anxiété, dépression, déni que présente leur proche. Le lien amoureux est souvent mis à mal, le fonctionnement du couple ébranlé. Les rôles parentaux peuvent être perturbés. La survenue d'une lésion cérébrale acquise modifie donc de façon considérable le parcours familial du patient qui en est atteint. L'ensemble des conséquences cognitives et comportementales de ces lésions entraîne des tensions relationnelles et des nécessités de réorganisation qui affectent chacun des membres individuellement et le système familial dans son ensemble.

Un nouveau projet de vie

Avec l'arrivée de la maladie ou de l'accident, tous les membres de la famille doivent donc plus ou moins repenser leurs projets. Ils doivent faire face à un drame existentiel. Nous intervenons en les accompagnant dans le passage de cette crise qui menace l'évolution du parcours familial.

La construction d'un nouveau projet de vie pour la personne est la pierre d'achoppement de tout le travail du Samsah. Le projet de vie appartient à la personne blessée. Il correspond à ses attentes à un moment donné. Il exprime une projection dans l'avenir. Le projet de vie se construit en tenant compte de l'appartenance à une famille dans un contexte de vie : « *Une famille, c'est l'histoire de la transformation de ses projets et de ceux de ses membres au fil de l'existence.* »

Ce projet de vie est perçu comme un changement. À ce titre, il peut être freiné ou encouragé par le contexte familial. Il peut aussi avoir une fonction d'aiguillage pour les projets de tous les membres de la famille. Notre rôle est donc de nous engager dans la construction/réalisation du projet de vie de la personne en considérant aussi le fonctionnement familial.

Notre engagement n'a pas pour but de définir le ou les changements à initier mais d'être un activateur de ce ou ces changements.

Quelques apports systémiques

Replacer l'arrivée de l'accident dans le temps familial

Selon la phase du cycle de vie de la famille dans laquelle arrive l'accident (naissance du couple, arrivée du premier enfant, départ des enfants…), les répercussions sur les uns et les autres seront différentes. Il y a, suite à un traumatisme crânien, une redistribution des rôles dans la famille. L'évolution des relations se fera différemment selon l'histoire et le cycle de vie de la famille. Un symptôme apparaissant chez le blessé (violence, cris, repli sur soi…) peut être un signe qui indique qu'une famille éprouve une difficulté à franchir une étape du cycle de vie, qu'elle a besoin d'une évolution, d'un nouveau projet de vie.

Il faut du temps à la famille pour trouver des solutions. L'équipe doit percevoir le jeu temporel dans lequel elle est prise pour mieux le considérer. C'est ainsi que la famille peut « *passer du temps immobilisé du diagnostic au temps dynamique de l'évolution potentielle* ».

Comprendre le mode de relation familiale

Lorsqu'un traumatisme arrive dans une famille, plusieurs éléments importants sont à prendre en considération pour comprendre comment elle va pouvoir se sortir, ou non, de cette crise. Il s'agit des sentiments d'appartenance, de contenance et de transmission, mais aussi du type de liens entre ses membres : sécures (liens sécurisants avec communication des émotions et des représentations de chacun) ou insécures (communication perturbée ou difficile, relations peu sécurisantes)...

L'équipe du Samsah est très vigilante à la mise en place du « piège » du traumatisme, c'est-à-dire lorsque le drame entraîne une fermeture par rapport au monde extérieur, mais que le rapprochement à l'intérieur de la famille est lui-même impossible, tant les possibilités d'échanges sont bloquées. On assiste à une "rupture communicationnelle" très délétère pour la famille et chacun de ses membres. Cette dernière est d'autant plus marquée que la famille a des relations plutôt insécures. Il est donc important de passer du temps pour créer une relation particulièrement sécurisante entre la famille et l'équipe du Samsah afin que chacun puisse exprimer sa souffrance personnelle et entendre celle de l'autre. Ce temps est indispensable pour que la famille retrouve une compétence commune à se projeter dans l'avenir.

Créer un espace thérapeutique avec la famille

Afin de créer un espace et un temps de rencontre particulier avec la famille, l'équipe du Samsah utilise notamment des outils systémiques. Elle a la possibilité de rencontrer les familles régulièrement, une à deux fois par mois dans une salle prévue à cet effet. Les entretiens familiaux y sont menés par deux thérapeutes et un dispositif vidéo permet de suivre l'entretien dans une pièce adjacente ou d'enregistrer les rencontres afin de retravailler sur la vidéo plus tard. Le cothérapeute permet d'occuper une place de superviseur. Il s'assure que le thérapeute puisse mener à bien les entretiens pour prendre des informations et favoriser les conditions d'évolution de la famille.

Durant la formation systémique, les professionnels ont pu acquérir des techniques permettant aux familles d'explorer et d'exprimer leurs émotions, de les décrire sur différents modes (verbal, corporel…) et de partager leurs représentations. La narration de l'histoire familiale est souvent capitale pour se redécouvrir des compétences qu'on avait oubliées dans l'effroi du traumatisme, réaffirmer l'identité familiale et se projeter dans l'avenir. ■

Séverine Bonsignour
Guillaume Lefebvre
Samsah La Musse

Ouvrage de référence



Handicap et famille
Approche neuro-systémique et lésions cérébrales
Jean-Michel Mazaux, Jean-Marc Destaillats, Christian Belio, Jacques Pélissier
Elsevier Masson, mars 2011

L'histoire de Yann, 30 ans

Alors qu'il conduit pour se rendre au travail, un camion percute la voiture de Yann, jeune homme de 30 ans. En découlent trois ans de rééducation/réadaptation. Même s'il fait des progrès significatifs, les troubles cognitifs restent importants (troubles de la mémoire, de l'attention, des fonctions exécutives, tendance à l'impulsivité, important manque d'initiative).

Après ces trois années, Yann demande le suivi du Samsah La Musse. Il souhaite qu'on l'aide à diminuer ses troubles du comportement : il a du mal à supporter la présence de sa fille de trois ans et réagit souvent de façon violente (physiquement et verbalement). Les accès de violence ont même tendance à augmenter. Marie, sa femme, lui a déjà dit qu'elle demandera le divorce si les troubles du comportement ne cessent pas. Son projet de vie est alors de reprendre son travail et de retrouver une vie de famille « comme avant », une fois les troubles du comportement abolis.

Nous lui proposons pour les trois premiers mois de suivi, des entretiens avec le neuropsychologue pour l'évaluation précise de ses changements comportementaux, une évaluation par l'éducatrice spécialisée des conséquences des troubles du comportement sur la relation père/fille ainsi qu'une évaluation des répercussions de ses troubles cognitifs sur la vie quotidienne et de couple par l'ergothérapeute. Nous voulons l'aider à mieux comprendre ces changements, en explorant avec lui les dimensions personnelles, affectives et environnementales.

À la fin des trois mois d'évaluation, les troubles du comportement de Yann sont de plus en plus fréquents. Bien que déçu, il comprend que nous ne pouvons pas lui apporter de solution magique pour ses troubles, que nous sommes engagés dans un travail de compréhension à ses côtés.

Les entretiens de couple et avec l'entourage

Lors des entretiens, chacun convient que, durant ces trois dernières années, ils n'ont pas vraiment vécu ensemble. Il s'agit d'un jeune couple, qui venait d'acheter sa première maison et d'avoir son premier enfant. Sur leurs six ans de mariage, trois ont été rythmés par les soins de Yann, et l'évolution du couple marital vers le couple parental ne s'est pas effectuée, la crise de l'accident ayant pris le pas sur tout le reste. Par ailleurs, Marie insiste beaucoup sur le fait qu'elle a découvert après l'accident des traits de personnalité de Yann qui lui étaient inconnus. Elle se sent trahie.

De façon posée, le couple évoque le divorce comme unique solution possible. Mais tous deux semblent figés et ne peuvent entamer des démarches dans ce sens. Les entretiens suivants sont d'ailleurs évités par le couple. Les violences continuent d'augmenter jusqu'à ce que le Samsah rédige avec le couple un signalement pour protéger l'enfant. Yann décide alors de vivre temporairement chez son père.

Des rendez-vous individuels avec Yann d'un côté et Marie de l'autre sont organisés. Marie, qui avait toujours présenté sa famille d'origine (ses parents, sa sœur) comme idéale, peut enfin confier le manque de soutien qu'elle ressent. En confiance, elle parvient à dire qu'elle n'a plus de sentiment pour son mari, qu'elle ne le reconnaît plus physiquement et qu'elle a du mal à s'imaginer passer le reste de sa vie avec lui. Finalement, Marie réussit à exprimer qu'elle a besoin de se rapprocher de sa famille d'origine et non de son mari. La résolution des troubles du comportement de ce dernier ne l'aidera pas à répondre à ce besoin.

Après un travail sur sa position dans sa famille d'origine (à partir de différents supports visuels), nous organisons une rencontre avec les parents de Marie. Durant cet entretien, nous soutenons Marie dans son désir de se séparer de Yann et dans son besoin d'être entendue par ses parents. Un mois plus tard, Marie prend rendez-vous avec une psychologue. Les entretiens de couple ne sont plus nécessaires, elle entame les démarches pour le divorce, épaulée par sa sœur.

Le nouveau projet de vie

Peu de temps après l'arrêt des entretiens avec Marie, a lieu la synthèse de suivi de Yann. Son projet a évolué : il y formule des demandes de soutien dans ses projets individuels (poursuite du suivi psychologique, recherche et accompagnement dans un nouveau logement et évaluation de ses capacités à vivre seul.) Il a besoin de prendre de l'autonomie par rapport à Marie. Depuis leur séparation, Yann n'a plus eu le moindre accès de violence, ni de trouble du comportement.

L'équipe du Samsah dit à Yann qu'elle peut aussi l'accompagner dans son apprentissage de son rôle de père, dans la mesure de ses capacités. La souffrance provoquée par l'accident a empêché Yann et Marie de s'occuper de leur fille dans ses besoins de sécurité. Maintenant qu'ils sont séparés et que l'enfant est protégée des conflits violents, nous pouvons les aider à se recentrer sur les besoins de Yann. Le jeune homme prend l'initiative d'appeler tous les mercredis et les dimanches pour prendre des nouvelles de sa fille. Peu de temps après, des visites médiatisées hebdomadaires père/fille sont mises en place.

L’hôpital La Musse, l’AFTC 27 et le Rotary associés

Week-end de détente pour douze traumatisés crâniens



Lors du week-end prolongé au parc de loisirs Center Parcs, dans le sud de l’Eure, organisé grâce à l’aide logistique et financière de l’Association des familles de traumatisés crâniens de l’Eure (AFTC27) et du Rotary d’Evreux. Ce week-end s’inscrivait en particulier dans la perspective de soutien aux aidants, le plus souvent familiaux, des personnes cérébrolésées.

Offrir un moment de détente à un groupe d’une douzaine de traumatisés crâniens et donner un peu de répit aux familles qui s’en occupent toute l’année, tel était le but d'un week-end proposé fin septembre par l’Association des familles de traumatisés crâniens et de cérébrolésés de l’Eure (AFTC 27), avec le soutien de l’hôpital La Musse et l’aide financière du Rotary d’Evreux. « *Il s’agit, pour partie, de personnes suivies par le service d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) La Musse et pour partie d’usagers du groupe d’entraide mutuelle de l’AFTC* », commente Catherine Palladitcheff, directrice des établissements de La Musse, qui se félicite du double intérêt de l’initiative : offrir un week-end festif aux malades et donner un peu de répit aux familles qui s’en occupent chaque jour, dans des conditions parfois difficiles. « *Les trois quarts des personnes traumatisées crâniens ou cérébrolésées, qui présentent des troubles du comportement, de la mémoire, de l’humeur, vivent dans leur famille*, poursuit Francine Maragliano, présidente de l’AFTC 27. *Les hébergements temporaires sont confidentiels et même si des choses sont mises en place pour aider au maintien à domicile, les aidants ont aussi besoin de souffler un peu.* »

Les douze bénéficiaires et les accompagnateurs, professionnels et bénévoles, ont pu profiter des structures et animations proposées par Center Parcs (piscine, mini-golf, karaoké, pédalo, équitation…) et de celles imaginées pour le groupe (jeu d’animation, théâtre et repas final pris en compagnie des familles et des membres du Rotary). Le week-end a été l’occasion du tournage d’un film qui pourra servir à la formation des auxiliaires de vie et à mieux appréhender ce handicap invisible et méconnu. Il a été diffusé fin novembre aux équipes de l’hôpital La Musse. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Une partie des bénévoles, professionnels et intervenants du Samsah La Musse, avec Catherine Palladitcheff, directeur des établissements de La Musse. Trois soignants du Samsah La Musse étaient au nombre des accompagnateurs du week-end à Center Parcs.

Un handicap invisible

« On estime à 3 000 le nombre de traumatisés crâniens ou cérébrolésés qui ne bénéficient d’aucune aide en Haute-Normandie », a évalué Francine Maragliano qui compte, dans les rangs de l’AFTC27, 250 familles euroises. « Parfois par ignorance que de telles structures existent, d’autres fois par ignorance du handicap tout simplement. Il existe des enfants en grandes difficultés scolaires qui ont, en fait, été victimes d’une lésion cérébrale.
Les familles sont isolées, souvent dans la culpabilité, parfois dans la honte. »

Renseignements complémentaires : www.aftc27.fr

Vasculaire/diabétologie/appareillage
Journée scientifique du 5 juin 2013

La journée du 5 juin 2013 avait pour buts, d'une part de renouer avec une tradition ancienne d'organiser à l'hôpital Villiers Saint Denis des enseignements post-universitaires, désormais « journées scientifiques », avec la participation d'hospitalo-universitaires de chirurgie vasculaire, de médecine interne et de diabétologie et, d'autre part, de faire connaître le savoir-faire des établissements de Villiers Saint Denis.

Le programme détaillé de la journée scientifique

L'artériopathie diabétique, challenge pour les chirurgiens vasculaires

- Méthodes et indications de revascularisation.
- Rôle du chirurgien vasculaire dans la prise en charge du pied diabétique, la place pour les amputations et comment les gérer en 2013.
- Que reste-t-il des indications de pontage distal ? Le radiologue peut-il gérer la revascularisation du pied diabétique ?
- Orthèse de décharge sous rotulienne.
- Étude de prévalence chez le patient diabétique multi compliqué à haut risque cardio-vasculaire.

Le diabète - actualité 2013

- Les stratégies thérapeutiques au regard des nouvelles recommandations.
- Le bénéfice d'une équipe d'éducation thérapeutique hospitalière au sein d'un réseau.

De nouveaux profils de patients

Il y a plus de trente ans, la population des patients hospitalisés au sein du pôle vasculaire/diabétologie/appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis était essentiellement constituée de patients porteurs d'artériopathie tabagique. Ils étaient adressés par les grands services parisiens, franciliens, rémois, de chirurgie vasculaire, après tentative de pontages distaux. C'était le début des explorations vasculaires (échodopplers, mesure de la pression de l'oxygène transcutanée - TcP02), des discussions entre traitements anticoagulants et acides salicyliques (aspirine), les traitements diabétiques étaient limités aux anciennes insulines, avec quelques antidiabétiques oraux (metformine, sulfamide). Nous recevions des patients avec des moignons très largement ouverts, opérés dans les limites des tissus sains et ischémiques. Les soins infirmiers étaient très importants, ce qui n'empêchait pas les patients de remarcher avec des prothèses provisoires en plâtre. La réputation de l'hôpital Villiers Saint Denis s'est construite sur la façon de mener concomitamment les soins locaux, la rééducation et l'appareillage.

Les patients ont changé au fil des années. Nous avons vu émerger de façon significative le diabète avec ses complications distales, dues à la neuropathie bien souvent associée à l'artériopathie. Cela nous a amenés à élargir notre recrutement initial presque exclusivement tourné vers les grands services de chirurgie vasculaire. Aujourd'hui, nous accueillons plus de 65 % de patients diabétiques porteurs de troubles trophiques des extrémités inférieures, amputés ou non. Cela



nous a conduits à créer de nouveaux liens avec les grands services de diabétologie de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), de Champagne-Ardenne et de Picardie.

Chirurgie vasculaire et diabétologie

Le nouveau profil de patients nous a amenés à nous former à tous les niveaux, à évoluer et à créer notamment en matière d'appareillage de nouveaux appareils de chaussage. Les prothésistes ont intégré la nécessité de dégager toutes les zones à risque au niveau des pieds, élément capital, associé à un bon équilibre du diabète pour tenter d'obtenir une cicatrisation. Ce savoir-faire, ils le possédaient déjà avec la nécessité de dégager les zones d'appui des moignons ouverts pour permettre aux patients d'être « reverticalisés » et de remarcher avec des prothèses en plâtre. Aussi, voici deux ans, pour les mêmes motifs, nous avons organisé une première journée scientifique avec la participation du Pr Marc Revol, chef de service de chirurgie plastique et reconstructive à l'hôpital Saint-Louis (75), responsable du diplôme universitaire Plaies et cicatrisation, et du regretté Pr Patrick Vexiau, chef du service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis.

Nous avions choisi de consacrer nos travaux, d'une part au thème de la cicatrisation compte tenu de notre spécificité et de notre reconnaissance en matière de cicatrisation, d'autre part à celui du diabète compte tenu de son émergence.

Le 5 juin 2013, nous avons décidé de reconduire cette expérience réussie en poursuivant nos travaux sur le diabète avec la participation du Pr Jean-François Gautier, chef du service de diabétologie à l'hôpital Saint-Louis/Lariboisière, élève du Pr Gérard Cathelineau, qui a créé en particulier le réseau Adiammo (*lire encadré ci-contre*). L'actualité en chirurgie vasculaire a également été abordée, avec la participation du Pr Fabien Koskas, chef de service à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (75) et de ses collaborateurs, du Dr Frédéric Gigou, chirurgien vasculaire à la clinique Saint-Faron de Mareuil-les-Meaux (77).

Nous avons souhaité aborder la chirurgie vasculaire en raison des évolutions extrêmement significatives dans le domaine thérapeutique (explorations radiologiques, radiologie interventionnelle, traitements antiagrégants plaquettaires en association bien souvent maintenant), sans oublier le contrôle des facteurs de risque vasculaire.

Savoir-faire des équipes de l'hôpital et du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis

Les équipes de l'hôpital Villiers Saint Denis n'étaient pas en reste avec la communication des Drs Alma Kulenovic et Quôc Phan-Sy : « Étude de prévalence chez le patient diabétique multicompliqué à haut risque cardio-vasculaire ». En effet, le profil des patients a radicalement changé. Ceux-ci sont beaucoup plus complexes sur le plan médical, cela probablement dû au diabète et à toutes ses complications, ainsi qu'à un vieillissement de la population hospitalisée. L'exposé sur le sujet a parfaitement mis en évidence le profil de ces patients à haut risque, porteurs de comorbidités importantes.

Le savoir-faire prothétique innovant du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis a été aussi mis en exergue : « appui sous-rotulien », alternative au plâtre, attelle mollet-plante, orthèse, bottine en silicone…

À cette occasion, un film a été réalisé. Il est en voie de diffusion par les laboratoires Novonordisk, partenaires de nos journées scientifiques.

Les infirmières du pôle vasculaire/diabétologie/appareillage ont elles aussi su mettre en évidence leur savoir-faire et leurs compétences en tenant un stand, répondant à toutes les questions notamment sur l'utilisation de la VAC® Thérapie (Vacuum Assisted Closure™ Therapy), système non invasif, actif facilitant la cicatrisation des plaies.

Enfin, le pôle vasculaire/diabétologie/appareillage s'inscrit dans l'histoire évolutive des prises en charge, avec la participation à un réseau ville/hôpital, Adiammo, lequel a mis en place une équipe d'éducation thérapeutique hospitalière.

Toutes ces communications ont été très appréciées : de nombreuses questions ont été posées et des témoignages « à chaud » ont été rapportés.

Nous vous donnons rendez-vous dans deux ans. ■

Dr Jean-François Bouteleux
Hôpital Villiers Saint Denis







Adiammo

Association diabète et maladies métaboliques de l'Omois

L'Adiammo est un réseau de santé situé dans l'Omois (arrondissement de Château-Thierry dans le département de l'Aisne) auquel participe l'hôpital Villiers Saint Denis. Il assure le suivi et l'éducation des patients diabétiques, en collaboration étroite avec le médecin traitant.

Ses objectifs : améliorer la qualité des soins et diminuer les complications liées au diabète dans l'Omois par l'éducation thérapeutique des patients, la coordination des soins et la formation des soignants.

www.adiammo.org
contact@adiammo.org
Tél. : 03 23 69 66 00
Résidence Bellevue, BP 179
02405 Château-Thierry Cedex

Emploi d'avenir
Insertion professionnelle

Le 16 avril dernier, l'hôpital Villiers Saint Denis a concrétisé son engagement en faveur du handicap par la signature d'un contrat Emploi Avenir en partenariat avec CAP Emploi, un réseau spécialisé dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Afin de répondre à un besoin en recrutement d'un employé en restauration, la direction de l'hôpital a souhaité mettre l'accent sur l'insertion professionnelle et l'accès à la qualification d'un jeune sans emploi, par la mise en place d'un contrat Emploi Avenir.

La direction des ressources humaines (DRH) de l'établissement a impulsé le recrutement auprès de CAP Emploi 02 (Aisne) – (*lire encadré p. 31*).

Pour ce faire, des sessions de recrutement ont eu lieu, ainsi que des mises en situation sur le terrain afin de trouver le candidat répondant au mieux aux exigences du poste et avec un projet professionnel en lien avec le domaine de la restauration collective.

Jean-Sébastien Vaillant a retenu l'attention de la DRH car, en plus d'être un candidat motivé, il a su mettre en avant son savoir-faire et son savoir-être lors de sa mise en situation au sein du pôle restauration.

Même si, dans plus de 80 % des cas, le handicap ne nécessite aucun aménagement de poste, dans quelques cas, il peut nécessiter des besoins d'aménagement d'horaires et/ou des besoins d'accompagnement plus soutenu et/ou des besoins d'aménagement de poste.

À cet effet, la DRH de l'établissement, par le biais de sa référente handicap – Aurélie Siconolfi – a souhaité mettre en place un suivi régulier au cours de la mise en situation. Pour ce faire, des entretiens ont été réalisés avec l'équipe restauration afin de juger de l'adéquation du candidat au poste ainsi que de sa bonne intégration dans l'équipe.

La signature du contrat Emploi Avenir, pour une durée de trois ans, concrétise donc la volonté de notre établissement, d'une part de s'engager sur le plan de l'insertion professionnelle d'un jeune ayant pour objectif de concrétiser un projet professionnel, d'autre part de répondre à sa politique handicap au travers de l'insertion d'un salarié reconnu « travailleur handicapé ».

Si la politique handicap de l'établissement respecte depuis de nombreuses années la loi relative à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, en employant 6 % de personnes reconnues « travailleurs handicapés », c'est aussi grâce au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, à notre partenariat avec les établissements et services d'aide par le travail (Esat) et à cette nouvelle dynamique d'insertion des travailleurs handicapés qu'elle se pérennisera.

Enfin, comme dit plus haut, l'hôpital Villiers Saint Denis dispose depuis peu d'un référent handicap qui a pour mission d'être la personne ressource sur toutes les questions relevant du handicap et de faciliter la mise en œuvre de la politique handicap souhaitée par la direction de l'hôpital. ■

Stéphane Faivre
Aurélie Siconolfi
Hôpital Villiers Saint Denis

Les emplois d'avenir

Créés par la loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012, les emplois d'avenir sont des contrats d'aide à l'insertion, d'une durée maximale de trois ans, destinés aux jeunes particulièrement éloignés de l'emploi en raison de leur défaut de formation ou de leur origine géographique. Ils comportent des engagements réciproques entre le jeune, l'employeur et les pouvoirs publics, susceptibles de permettre une insertion durable du jeune dans la vie professionnelle.

L'employeur perçoit des pouvoirs publics une aide financière.

Pendant son activité salariée, le jeune en emploi d'avenir est suivi par un référent mission locale ou un référent Cap Emploi ainsi que par un tuteur choisi parmi les salariés de l'entreprise employeuse.

Au terme de l'emploi d'avenir, le parcours de formation se concrétise par :
- une attestation de formation ou d'expérience professionnelle ;
- une certification professionnelle reconnue ;
- une validation des acquis de l'expérience (VAE).

Les établissements de La Renaissance Sanitaire ont, à ce jour, recruté 7 jeunes salariés en emploi d'avenir.

et politique handicap

Le réseau national des Cap Emploi

Le réseau national des Cap Emploi est composé de 118 organismes, définis par la loi du 11 février 2005 [1], comme des « organismes de placement spécialisés ». Créés par la loi du 30 juin 1975 [2] ou issus de la loi de 1987 relative à l'obligation d'embauche des personnes handicapées [3], ces organismes ont connu diverses appellations : Équipes de préparation et de suite au reclassement (EPSR) ou Organismes d'insertion et de placement (OIP). Pour une meilleure identification, ils sont aujourd'hui tous rassemblés sous le même logo de communication « Cap Emploi ».

Dans le cadre d'une compétence départementale, au sein d'un réseau national, chaque Cap Emploi assure une mission de service public en complément de l'action de Pôle Emploi. L'objectif des Cap Emploi est de favoriser l'embauche des personnes handicapées dans les entreprises privées ou publiques.

1. Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
2. Loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
3. Loi n° 87-517 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Plus d'informations : www.capemploi.com

Jean-Sébastien Vaillant entouré de ses collègues Christophe Hiernard et Franck Lemonnier ainsi que d'Aurélie Siconolfi.

Le Clact
Mieux être au travail

Prise en charge psychologique des équipes soignantes et mise en place d'activités physiques régulières au sein de l'hôpital la Musse, séances de relaxation, journée « Tous en baskets » ou mise à disposition de vélos…, telles sont les mesures prises pour les salariés, ces trois dernières années, dans le cadre du contrat local d'amélioration des conditions de travail (Clact).

Cet automne, le premier Clact fêtera le deuxième anniversaire de sa mise en œuvre à l'hôpital La Musse. « *Nous avons souscrit tout de suite à l'appel lancé par l'agence régionale de santé (ARS) en 2010*, explique Béatrice Blanche-Lopoukhine, directrice des ressources humaines de l'établissement. *Le dispositif allait tout à fait dans le sens de la poursuite de l'amélioration des conditions de travail que nous avions déjà initiée. Il répondait par ailleurs aux orientations préconisées par les experts visiteurs lors de notre seconde visite de certification par la Haute Autorité de santé (HAS). La signature du contrat avec les organisations syndicales, en octobre 2010, nous a permis de bénéficier d'une aide financière de 12 500 euros dans les deux premiers domaines d'intervention retenus par l'ARS.* »

Première initiative Clact

La mise en place d'activités physiques encadrées par un éducateur sportif a été la première initiative Clact à voir le jour. Un questionnaire, distribué aux salariés durant l'été 2011, a permis de définir créneaux et types d'activités. Quatre-vingt-dix personnes se sont révélées intéressées par l'initiative et disposées à y participer. Trois disciplines qui utilisent les infrastructures de l'hôpital La Musse ont été définies : musculation en salle, marche en extérieur et balnéothérapie. Deux horaires se sont révélés convenir au plus grand nombre : 12 h-13 h et 17 h 20-18 h 20. Trois salariés se sont rendus disponibles pour les encadrements (éducateurs sportifs et kinésithérapeute). Au total, cinq rendez-vous hebdomadaires sont possibles : marche le lundi, sport en salle les mardi, mercredi et jeudi et balnéothérapie le vendredi.

Une soixantaine de salariés participent régulièrement aux activités. Bénéfices attendus des séances : prévenir les risques de troubles musculo-squelettiques (TMS) et les risques psychosociaux (RPS), diminuer le nombre des accidents du travail et l'absentéisme, préparer l'organisme aux tâches professionnelles en toute sécurité en agissant sur les composantes cardio-vasculaires, musculo-tendineuses et ostéo-articulaires. Un vélo elliptique, des bâtons de marche et du petit matériel de musculation (haltères) ont été achetés.

Trouble musculo-squelettique (TMS)

Les troubles musculo-squelettiques regroupent de nombreuses pathologies des tissus mous, muscles, tendons, nerfs… C'est la maladie professionnelle la plus courante dans les pays développés. Le trouble le plus connu est le syndrome du canal carpien (le nerf commandant les trois derniers doigts de la main) qui fait l'objet de 200 000 déclarations chaque année et donne lieu à 130 000 opérations chirurgicales.

Les facteurs de risque des TMS sont biomécaniques (la répétitivité des gestes, les efforts excessifs, le travail statique, les positions articulaires extrêmes, les chocs et pressions mécaniques) et psychosociaux (manque d'autonomie ou de collectif, niveau d'exigence trop élevé, sentiment de ne pas être reconnu à sa juste valeur ou d'impuissance, stress…).

Vacations de psychologues

Les vacations de psychologues à destination des équipes ont été mises en place début 2012 et sont animées par une psychologue extérieure à l'hôpital, à raison d'une journée tous les quinze jours. Elles permettent aux salariés d'exprimer leurs ressentis par rapport à la souffrance, à la mort, au refus de soin, en cas de difficultés de prise en charge d'un patient ou de sa famille. Elles doivent favoriser le bien-être des salariés et améliorer leur qualité de vie au travail. Des temps collectifs et individuels sont possibles.

Quatre unités d'hospitalisation de l'établissement se sont montrées intéressées par une prise en charge collective : l'unité de lits d'éveil de coma (des patients qui restent hospitalisés longtemps et au sujet desquels il est nécessaire de rester dans son rôle de soignants), l'unité de pneumologie (qui doit faire face à de nombreux décès), une unité de nutrition et la gériatrie (pour la gestion de la violence familiale et le refus de soins). Six salariés font l'objet d'un suivi individuel.

Par ailleurs, des échanges réguliers ont lieu avec les psychologues de l'établissement prenant en charge les patients et les personnels d'encadrement soignant (cadres de santé). Les retours quant à la présence de cette psychologue dans l'établissement sont tout à fait positifs.

Journée sportive

En juin 2012, une première demi-journée sportive a été organisée à laquelle vingt-quatre salariés ont participé, toutes catégories sociales et professionnelles


Gilbert Chauvel, responsable des cuisines, près des nouveaux chariots repas.

confondues. Les équipes étaient constituées de manière aléatoire par tirage au sort. L'après-midi s'articulait autour d'un parcours pour favoriser la cohésion d'équipe (jeu de rôle avec steps), un quadrathlon favorisant les activités motrices de précision (frisbee, swing golf, tir à l'arc, tir à la sarbacane) entrecoupées de marche nordique (avec bâtons) et parcours énergétique chronométré pour finir. L'opération, renommée « Tous en baskets » a été renouvelée en juin 2013 pour une quarantaine de salariés (*lire encadré page suivante*).

Un questionnaire a suivi, adressé à l'ensemble des salariés qui jugent, à 69 %, que « *la pratique d'activités physiques améliore leur condition physique et prévient le risque TMS* ». Ils sont tous d'accord pour dire que la demi-journée sportive a « *répondu à son objectif de favoriser la cohésion d'équipe, la coopération et l'encouragement mutuel* ».

Une étude

Dès mars 2012, grâce à un deuxième Clact, l'ARS attribue à l'établissement une nouvelle subvention (24 900 euros) pour financer une étude en coordination avec deux autres établissements du département de l'Eure : le centre hospitalier de Gisors et le centre hospitalier intercommunal Eure-Seine d'Evreux/Vernon. Cette étude, qui porte sur la prévention durable du risque TMS et le retour à l'emploi, a été confiée à l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail en Haute-Normandie (Aract). Un comité de pilotage a été constitué. Chargé du suivi de l'étude, il est composé des deux référents TMS, de trois membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), du médecin du travail, de trois cadres de santé de chacun des pôles d'hospitalisations, de la responsable qualité/gestion des risques et des services économiques et de la DRH.

Il a notamment été demandé à l'Aract d'observer :

- les situations de travail en secteur gériatrie et soins de suite polyvalents (des secteurs ayant des horaires de travail différents) ;
- les postes d'agent des services hospitaliers (ASH) au regard de la manutention des chariots repas ;
- les postes d'aide-soignant (et par ricochet d'infirmier) lors de la manutention des armoires à linge ; les postes d'ASH et d'aide-soignant autour de la problématique de l'évacuation des déchets du pôle.

Focus sur les chariots repas

Bel exemple de coordination entre les services économiques, le CHSCT, les professionnels de cuisines, les agents de services mais aussi quelques patients… Les chariots repas, qui avaient plus de dix ans, avaient besoin d'être renouvelés. Trois sociétés ont été contactées et sont venues faire des démonstrations de leur matériel devant des représentants du CHSCT, un salarié référent Prap (prévention risques activités physiques) et les utilisateurs. Le choix s'est unanimement porté sur la même société, tant du côté des instances que des professionnels de cuisine, pour la qualité de réchauffage des plats, l'ergonomie du matériel et les tarifs demandés. La commission des marchés et travaux de la Fondation a retenu le choix des équipes.

Le changement de chariot s'est accompagné de diverses mesures allant toutes dans le sens d'une plus grande ergonomie du poste de travail et d'une qualité accrue pour le patient. On soulignera que le nouveau système de réchauffage des plats permet de mieux respecter leur texture. La nouvelle vaisselle choisie est moins lourde. Enfin, on notera qu'au pôle de soins de suite gériatriques, le déménagement du lieu de réchauffage a permis de supprimer une pente pénible à gravir pour les agents et de créer un accès direct pour les chauffeurs de la cuisine. Nouvelle étape, dans un deuxième temps, le nettoyage des chariots se fera à la vapeur et la soupe sera placée sur les plateaux, évitant les risques de brûlures.

Cet investissement de 370 000 euros a profité des 30 000 euros alloués dans le cadre du Clact par l'ARS de Haute-Normandie.


La journée « Tous en baskets » propose des activités sportives originales et ludiques.



Le kinball, sport collectif créé au Québec en 1966, a pour particularité la taille du ballon (1,22 m de diamètre) et le nombre d'équipes (trois). Pour en savoir plus : www.kin-ball.fr

Parmi les pistes proposées par l'Aract, l'établissement retiendra le renforcement de la veille préventive (élaboration d'indicateurs), l'intégration de la prévention et de l'ergonomie dans l'optimisation des circuits et l'achat de matériel (exemple du circuit « linge et repas »).

L'ARS a profité de cette étude pour élaborer un outil de transfert méthodologique et de bonnes pratiques de prévention, pour tous les établissements hospitaliers de la région, sous forme de guide papier.

Clact, troisième volet

Été 2012, l'établissement conclut un troisième Clact. Il s'agit désormais de lancer une prévention durable du risque TMS structurée, incluant des mesures préventives, dès l'embauche, puis en cours d'exécution du contrat (pour les emplois particulièrement exposés au risque TMS), la maintenance préventive du matériel utilisé, la formation de l'encadrement à la prévention du risque TMS et l'ergonomie, la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de l'hôpital à la prévention du risque TMS et l'information des salariés sur la procédure pour obtenir du matériel adapté, le renouveler… et la nécessité de le demander.

L'hôpital La Musse se dote d'un matériel ergonomique au moment de procéder au renouvellement des armoires à linge et des chariots repas.

L'ARS finance ces opérations : 15 000 euros au titre de la formation de l'encadrement à la prévention des RPS et au repérage du *burn-out*, la même somme pour la formation de l'encadrement à la prévention des TMS et à l'ergonomie, 30 000 euros au titre de l'achat de matériel ergonomique, 20 000 euros de temps de consultant pour une réflexion sur la place des ASH et brancardiers (valorisation de la fonction et renfort de compétences).

Dernière action en date, les séances de relaxation

Nouvelle étape dans le développement du Clact, depuis le premier trimestre 2013, Audrey Gomez, psychomotricienne, anime quatre séances de relaxation à destination du personnel, au pôle MPR, pour commencer. « *Beaucoup de soignants voulaient savoir ce que l'on ressent et ce qu'apportent les séances de relaxation,* explique-t-elle. *Vivre les séances permet de mieux comprendre la prise en charge et de l'expliquer aux patients. Organiser ces rendez-vous dans le cadre du Clact m'a paru intéressant. C'est aussi, pour les salariés, une passerelle possible, l'occasion de se poser des questions sur une éventuelle aide psychologique. C'est, enfin, l'endroit où se détendre, récupérer, faire le vide et se ressourcer, avant de reprendre le travail dans l'après-midi.* » Audrey Gomez a aménagé la salle de relaxation avec de nouvelles lampes diffusant une lumière tamisée, musique douce, tableaux, coussins et transats. Les séances durent une demi-heure : cinq minutes d'installation et de prise de contact, vingt minutes de relaxation et cinq minutes de reprise. ■

Dominique Guibourg
Hôpital La Musse

Deuxième journée sportive « Tous en baskets »

Pas de compétition. Juste un moment convivial autour d'activités ludiques dans le parc de l'hôpital La Musse, tel est le principe de départ des trois coorganisateurs de la deuxième journée sportive des salariés, rebaptisée « Tous en baskets », qui s'est déroulée début juin sous un beau soleil. Laurent Jarry et Jean-Louis Boitel (éducateurs sportifs) et Mathieu Rouzée (kinésithérapeute) ont accueilli une quarantaine de salariés autour d'activités originales utilisées avec les patients en rééducation : le torball – jeu de ballon sans la vue –, l'handibike, la marche nordique, le tir à l'arc, le kinball (photo ci-dessous) ou la slakline, une épreuve d'équilibre sur une bande suspendue de 5 cm de large…

Une des salles du musée de l'hôpital La Musse, ouvert pour la première fois lors des Journées du patrimoine.

Faits marquants
Hôpital La Musse

Une nouvelle baignoire pour l'unité d'éveil

Le groupe de prévoyance Klesia a permis l'achat d'une baignoire dédiée à la relaxation pour l'unité d'éveil du pôle de médecine physique et de réadaptation, accueillant six patients en éveil de coma. Les bénéfices de la baignoire thérapeutique sont multiples : récupération gestuelle avec mobilisation articulaire immergée et donc moins douloureuse, détente musculaire, prévention cutanée à la formation d'escarres, etc. La chromathérapie est particulièrement indiquée dans les cas d'instabilité de l'humeur, de fatigue ou de troubles de la personnalité. Alliée aux vertus de l'eau, elle met en scène des couleurs grâce à des spots lumineux aquatiques qui colorent l'eau. Chaque couleur correspond à un bienfait, du plus relaxant au plus tonifiant.

Journée du patrimoine

Pour la première fois, l'hôpital La Musse s'est inscrit dans le programme des Journées du patrimoine dans l'Eure au mois de septembre. Un petit groupe de salariés avait en effet transformé le château en musée. Panneaux explicatifs, films et ouvrages sur l'histoire de l'hôpital, chambre de patient, laboratoire et salle de rééducation ont accueilli quelque trois cents visiteurs tout au long de la journée. Deux autres rendez-vous ont été proposés en octobre pour permettre aux salariés de l'hôpital qui n'avaient pu le faire de venir visiter l'exposition.



Autour de la baignoire offerte par le groupe de prévoyance Klesia, une partie de l'équipe soignante de l'unité d'éveil de coma.



« Traumatologie sportive en pratique quotidienne », thème des journées de printemps de l'hôpital La Musse.



L'équipe mobile d'évaluation à domicile.



Le départ des troisièmes foulées mussiennes.

Un nouveau livret d'accueil pour le patient

Le livret d'accueil du patient a été entièrement revu. La plaquette comprend désormais plusieurs feuilles décrivant le fonctionnement de chaque pôle d'hospitalisation, avec photos des équipes soignantes. Imprimés à l'hôpital, ces feuillets amovibles pourront être facilement réactualisés.

Qualité : notre meilleure certification

Les experts-visiteurs venus l'année dernière dans notre établissement ont déclaré une « certification sans réserve », la meilleure de nos trois certifications. L'implication de tous, et plus particulièrement des membres des groupes de travail spécialement constitués et ceux des groupes institutionnels (correspondants qualité, équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, comité de liaison alimentation nutrition, comité de lutte contre la douleur...), a permis de répondre aux exigences du manuel et de démontrer que la démarche qualité, intégrée à nos pratiques, est l'affaire de tous, chaque jour.

Équipe mobile d'évaluation à domicile

À la demande de l'agence régionale de santé (financeur), l'hôpital La Musse a créé une équipe mobile d'évaluation à domicile (Emed) chargée d'évaluer les difficultés potentiellement rencontrées par les personnes âgées à domicile, dans le département de l'Eure. Isolement, logement inadapté, absence d'aide, chutes, perte de poids, troubles cognitifs, traitement non pris..., plus d'une cinquantaine d'évaluations complètes ont été réalisées depuis la création de la structure.

Journée de printemps : du temps pour la rééducation

« Traumatologie sportive en pratique quotidienne », tel a été le thème retenu par l'équipe du Dr Victor Liviot, chef du pôle MPR, pour la septième Journée de printemps organisée début avril et qui a accueilli une soixantaine de professionnels de la région.

Foulées mussiennes

La troisième édition des foulées mussiennes a réuni plus d'une centaine de patients accompagnés de leur famille, le 26 septembre dernier, et autant de soignants accompagnateurs dans une ambiance bon enfant.

Nouveaux médecins

Le **Dr Ghassan Lababidi**, diplômé de l'université de Caen, est le nouveau pneumologue du pôle de soins de suite spécialisés. Il a pris ses fonctions le mardi 11 juin dernier et remplace le **Dr Didier Pagès**, parti en retraite.

Le pôle MPR accueille, depuis le début mai, un nouveau médecin rééducateur, le **Dr Cécile Dervin**, qui avait effectué son stage d'internat en appareillage et lombalgie chronique à l'hôpital La Musse (*lire article p. 10*). ■

Un aperçu du parcours de marche du parc de l'hôpital Villiers Saint Denis, primé par les Trophées du développement durable.

Faits marquants
Hôpital Villiers Saint Denis

Deuxième anniversaire de l'accueil de jour Alzheimer

Deux ans après son ouverture, le 7 mars 2011, l'accueil de jour (et de nuit) Alzheimer reçoit une cinquantaine de résidents par semaine. Cet anniversaire a donné lieu, le 13 mai 2013, à une rencontre conviviale qui a été l'occasion de dresser un bilan de l'activité et de présenter les projets.

Développement durable : l'hôpital primé à Hôpital Expo 2013

L'hôpital Villiers Saint Denis a été primé, lors du salon Hôpital Expo 2013, aux trophées DD Développement durable en établissement de santé, dans la catégorie Initiative environnementale-biodiversité. Les trophées DD sont une reconnaissance de l'engagement des établissements sanitaires et médico-sociaux dans le développement durable. Ils soutiennent des initiatives remarquables et sont une source d'inspiration pour les démarches de responsabilité sociétale et environnementale de tout le secteur de la santé.

Les trophées sont remis par un jury constitué des représentants des fédérations hospitalières (FHF, Fehap, FHP, Unicancer).

Les établissements lauréats ont présenté des expériences exemplaires et innovantes qui peuvent être adaptées ou reproduites dans d'autres structures et qui placent le lauréat au-delà des exigences de la réglementation.

En 2013, 67 dossiers de candidatures, provenant de 47 établissements différents, ont été reçus et analysés.



Benoît Fraslin, directeur, dresse le bilan et les perspectives de l'accueil de jour Alzheimer.



Parmi les stages sportifs proposés aux patients, un baptême de l'air en planeur.

L'hôpital Villiers Saint Denis est situé au cœur d'un parc boisé de 42 ha, avec un cours d'eau, de nombreuses espèces animales et végétales. Soucieux de préserver cet environnement, l'établissement mène une démarche de gestion raisonnée du parc qui permet de préserver et recréer un juste équilibre de l'écosystème, promouvoir la connaissance des arbres et partager ce capital naturel avec les patients, les visiteurs et le personnel.

De nombreuses actions sont menées :

- plantation pour favoriser la biodiversité et le repeuplement des abeilles ;
- destruction d'un barrage sur ru pour permettre la libre circulation des poissons ;
- mise en jachère de prairies pour favoriser la biodiversité et le repeuplement des colonies d'abeilles ;
- création de chemins de promenade ;
- entretien du parc avec un établissement et services d'aide par le travail ;
- maintien des arbustes en taille basse pour favoriser la nidification ;
- compostage ;
- station de traitement des eaux…

De nouveaux stages sportifs proposés aux patients

Des stages de canoë-kayak, de plongée sous-marine, de parapente, de tir, de ski ainsi que des baptêmes en planeur ont été proposés aux patients.

Ces stages ont notamment été possibles grâce au club de tir et au Rotary club de Château-Thierry.

28e congrès de la Sofmer : participation de rééducateurs de l'hôpital Villiers Saint Denis

Le Dr Jean-Claude Dupré et Philippe Talbot, respectivement médecin au pôle vasculaire/diabétologie/appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis et responsable technique du centre d'appareillage de Villiers Saint Denis, ont participé à la table ronde « Pied diabétique - appareillage » du congrès de la Société française de médecine physique et de réadaptation qui s'est déroulée du 17 au 19 octobre dernier à Reims. Sollicités par le Pr François Boyer, président du congrès et chef de service de médecine physique, neurologique et traumatologique à l'hôpital Sébastopol du CHU de Reims, ils ont présenté la pratique pluridisciplinaire de la prise en charge du pied diabétique mise en place au pôle vasculaire/diabétologie/appareillage de l'hôpital Villiers Saint Denis.

Gériatrie Omois dénutrition (Géode) : de nouvelles sessions de formation

De nouvelles sessions de formation consacrée à la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée ont été programmées :

- l'instant repas en Ehpad : 7 et 8 novembre 2013 ;
- prise en charge des états de dénutrition et de déshydratation des personnes âgées : 4 et 5 décembre 2013.

Des salariés mis à l'honneur

Le 24 mai 2013, lors d'une cérémonie présidée par Didier Gaboriaud, entouré de plusieurs administrateurs et de Benoît Fraslin, directeur des établissements de Villiers Saint Denis, 38 salariés ou anciens salariés ont reçu les médailles du travail d'argent (20 ans d'activité), de vermeil (30 ans), d'or (35 ans) ou de grand or (40 ans), soit un total de 1 215 années de travail si l'on additionne la durée des carrières respectives mises à l'honneur. ■


Les médaillés du travail 2013.



Bulletin de soutien
Fondation La Renaissance Sanitaire

Reconnue d'utilité publique (décret du 8 juillet 1928)



Hôpital soutenu (à préciser) . . . .

Je participe activement à travers ses actions
(cocher la case correspondante à votre souhait)

❒ Lutte contre le diabète ❒ Appareillage
❒ Unité de soins palliatifs ❒ Gériatrie
❒ Lombalgies chroniques
❒ Autres : à préciser : . . . .

Par chèque, à l'ordre de la Fondation La Renaissance Sanitaire :
❒ 30 € ❒ 50 € ❒ 75 € ❒ 100 €
❒ Autre montant : . . . . €

Par prélèvement automatique, je retourne la présente autorisation, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal. L'hôpital que vous avez choisi de soutenir vous adressera son numéro national d'émetteur.

Mes coordonnées personnelles
Nom : . . . .
Prénom : . . . .
Adresse : . . . .
Code postal : . . . . Ville : . . . .

Mes coordonnées bancaires
Nom de la banque : . . . .
Adresse : . . . .
Code postal : . . . . Ville : . . . .

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever :

❒ **Chaque mois**, la somme de :
❒ 20 € ❒ 30 € ❒ Autre montant . . . . €

❒ **Chaque trimestre**, la somme de :
❒ 20 € ❒ 30 € ❒ Autre montant . . . . €

Date	Signature



Nous vous remercions de bien vouloir retourner votre bulletin de soutien à l'adresse ci-dessous :
Fondation La Renaissance Sanitaire
14, boulevard Saint-Germain
75005 Paris

Un reçu fiscal vous sera adressé dès réception de votre versement, afin que vous puissiez bénéficier de la réduction d'impôt sur le revenu, selon les dispositions réglementaires en vigueur (actuellement 66 % du montant de votre don dans la limite de 20 % du revenu imposable).

Conformément à la loi Informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression s'agissant des données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un courrier à l'adresse figurant ci-dessus. Ces informations sont à l'usage exclusif de La Renaissance Sanitaire.

La Renaissance Sanitaire est une fondation reconnue d'utilité publique par décret du 8 juillet 1928 et arrêté du 6 novembre 2000, qui gère six établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier :



Hôpital Villiers Saint Denis
1, rue Victor-et-Louise-Monfort
BP 1
02310 Villiers Saint Denis
Tél. : 03 23 70 75 22



Hôpital La Musse
Allée Louis-Martin
BP 119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 30 31



Accueil de jour Alzheimer
1, rue Victor-et-Louise-Montfort
BP 1
02310 Villiers Saint Denis
Tél. : 03 23 70 74 90



Samsah La Musse
BP 119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 32 27



Centre d'appareillage
1, rue Victor-et-Louise-Montfort
BP 1
02310 Villiers Saint Denis
Tél. : 03 23 70 74 11
Fax : 03 23 70 74 52



Institut de formation
en ergothérapie La Musse
BP 119
27180 Saint-Sébastien-de-Morsent
Tél. : 02 32 29 30 10

La reconnaissance d'utilité publique habilite La Renaissance Sanitaire à recevoir :
- des dons et des legs en franchise de droits,
- des dons partiellement déductibles de l'impôt sur le revenu,
dans le cadre de la réglementation en vigueur.



Fondation hospitalière reconnue d'utilité publique
par décret du 8 juillet 1928

Siège social :
14, boulevard Saint-Germain - 75005 PARIS
Tél. : 01 43 26 77 04 - Fax : 01 40 51 70 01
www.larenaissancesanitaire.fr
larenaissancesanitaire@lrs-fondation.net